

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
LAPAROTOMIE
DANS LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 14 janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lin-Robert BEAUSSENAT,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Mareuil-sur-Belle (Dordogne), le 23 septembre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

—
Janvier 1893

Série 1.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

N° 789.

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE LA
LAPAROTOMIE
DANS LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le samedi 14 janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Lin-Robert BEAUSSENAT,

ÉLÈVE A L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Né à Mareuil-sur-Belle (Dordogne), le 23 septembre 1870.



LYON

ASSOCIATION TYPOGRAPHIQUE

RUE DE LA BARRE, 12. — F. PLAN, DIRECTEUR

Janvier 1893

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. Doyen.
GAYET. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUCHACOURT, CHAUVEAU, GLÉNARD.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.		OLLIER.
Clinique ophthalmologique		PONCET.
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques		FOCHIER.
Clinique des Maladies mentales		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		MONOYER.
Matière médicale et Botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée		CAZENEUVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.		LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne		RENAUT.
Pathologie externe.		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales		TEISSIER (J.).
Anatomie pathologique.		BERNE.
Médecine opératoire		MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.		TRIPPIER (RAYMOND).
Médecine légale		X...
Hygiène		ARLOING
Thérapeutique		LACASSAGNE.
Pharmacie.		ROLLET.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR-ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes LAROYENNE

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.	MM. PERRET, agrégé
Accouchements	POLLOSSON, id.
Botanique.	BEAUVISAGE, id.

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DEVIC.	MM. LINOSSIER.	MM. ROLLET (Et.).
BEAUVISAGE.	DIDELOT.	PERRET.	ROQUE.
CONDAMIN.	GANGOLPHE.	POLLOSSON.	ROUX.
COURMONT.	JABOULAY.	ROCHET.	VIALLETON.
DEROIDE.	LANNOIS.	RODET.	WEILL.

BOUVEAULT, chargé des fonctions d'agrégé.

M. ÉTIÉVANT, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. PONCET, Président; M. LAROYENNE, Assesseur; MM. JABOULAY et ROCHET, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En reconnaissance de tout ce qu'ils ont fait pour moi. A mon père, qui, par sa vie de dévouement à ses malades de la campagne, a su m'inspirer l'amour de la médecine; je dédie ce modeste travail comme témoignage de ma vénération.

A MON FRÈRE MARC

Lieutenant au 107^e régiment d'infanterie.

A MON FRÈRE MAURICE

Interne des hôpitaux de Paris.

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR TESTUT

Hommage de ma reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR PONCET

A MES MAÎTRES

DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

INTRODUCTION

Nous avons eu plusieurs fois l'occasion de voir M. le professeur Poncet opérer des péritonites tuberculeuses. Nous avons été frappé de la simplicité des suites opératoires et de l'amélioration obtenue par les malades pendant leur court séjour à l'hôpital. M. Poncet, en effet, garde le moins longtemps possible dans ses salles, où ils se trouvent dans des conditions générales peu satisfaisantes, les tuberculeux qu'il a laparotomisés. L'incision abdominale cicatrisée, les fils à sutures enlevés, il les envoie, si faire se peut, à la campagne, où la résolution des masses tuberculeuses a plus de chances de se produire.

Suivant le conseil de M. Poncet, il nous a paru intéressant de faire, au sujet de ces opérés, une enquête qui nous permit d'être édifié sur le résultat thérapeutique définitif de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. Ce que l'on connaît le moins bien, en général, ce sont les suites éloignées des opérations; dans l'espèce, en particulier, il existe encore de très nombreuses inconnues: c'est cependant,

comme le dit M. Jalaguier (1), « ce qu'il importerait le plus de connaître ; car, de ces résultats, et de ces résultats seulement, on aurait le droit de tirer des indications et contre-indications opératoires dans chacune des variétés cliniques. »

Notre tâche a été facilitée par les observations contenues dans la thèse de M. Pic (2). Nous avons pu retrouver les malades et la date, déjà éloignée de leur opération, nous a permis d'arriver à des résultats concluants. Nous avons mis très largement à contribution cette œuvre remarquable, aujourd'hui classique. Toutes les publications sur le même sujet, depuis 1890, s'en sont plus ou moins inspirées. Dans son article sur la péritonite tuberculeuse, dans le nouveau *Traité de chirurgie*, M. Jalaguier cite fréquemment les noms de MM. Poncet et Pic. Beaucoup de données ont été également fournies par ces deux auteurs à la thèse récente de Schnoll (3) et à celle si importante d'Aldibert (4), à laquelle nous devons une mention toute spéciale pour les nombreux services qu'elle nous a rendus.

Nous entendrons par résultats éloignés tout ce qui n'est pas suites opératoires. Mais pour donner plus de poids à nos constatations, nous ne considè-

(1) Art. « Péritonite tuberculeuse ». *Nouveau traité de chirurgie*, de DUPLAY et REGLUS, t. VI, p. 537.

(2) *De l'intervention chirurgicale dans les péritonites tuberculeuses*, Th. Lyon, 1890, n° 562.

(3) *Zur chirurgischen Behandlung der tuberkulösen Peritonitis*. Th., Strasbourg, 1892.

(4) *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse*, Thèse, Paris, 1892, n° 139.

rerons, comme guérisons à peu près sûres, que celles dans lesquelles l'opération remontera à six mois. Cette date est toute conventionnelle. Il nous a semblé cependant, malgré Kœnig et Jalaguier qui exigent, pour qu'une guérison soit définitive, qu'elle ait été suivie pendant deux ans, qu'elle pouvait être choisie avec assez de rigueur. En effet, d'après la remarque de M. le professeur Poncet, il faut habituellement deux ou trois mois pour que l'opéré ait retiré de la laparotomie une amélioration réelle. Le temps nécessaire à la disparition des masses néoplasiques est subordonné d'ailleurs à la variété de la péritonite, à son ancienneté. Mais, en général, six mois sont suffisants pour qu'on puisse juger de l'effet de l'intervention.

Pour pouvoir arriver à des conclusions précises sur les résultats de la laparotomie, nous serons également obligé d'envisager les résultats immédiats dans chaque cas, mais nous le ferons rapidement.

DIVISION DU SUJET :

1° Historique rapide de la laparotomie, dans le traitement de la péritonite tuberculeuse ;

2° Essai de classification des diverses variétés de péritonites tuberculeuses ;

3° Résultats de la laparotomie dans ces diverses formes et dans une de leurs complications : l'occlusion intestinale ;

4° Indications et contre-indications de la laparotomie, dans la péritonite tuberculeuse ;

5° Considérations sur quelques points du manuel opératoire et le traitement consécutif ;

6° Résultats de l'intervention dans certaines formes particulières de péritonites tuberculeuses ;

7° Observations ;

8° Conclusions.

C'est à M. le professeur Poncet que revient l'idée première de ce travail. Nous ressentons vivement l'honneur qu'il nous a fait en nous le confiant. Qu'il nous pardonne de n'avoir pu faire mieux ; nous y avons consacré tout le temps dont nous disposions, mais il était limité. Nous tenons à remercier ce maître bienveillant de l'accueil sympathique, qu'il nous a toujours fait, et de son enseignement clinique qui laissera en nous de profondes racines.

Dans nos enquêtes, nous avons mis à contribution toutes les bonnes volontés. Que tous ceux qui ont contribué ainsi pour une bonne part à ce modeste travail soient assurés de notre gratitude.

Nous remercions également M. le D^r Pic de l'amabilité avec laquelle il nous a fourni les renseignements qui ont été notre point de départ.

M. le professeur agrégé Perret, tout en se réservant de faire paraître plus tard un travail sur le même sujet, MM. les professeurs agrégés Levrat, Chandellux, M. Pollosson, M. le D^r Tellier, qui ont bien voulu nous communiquer des observations, ont également droit à notre reconnaissance.

C'est à Paris que se sont écoulées nos trois premières années d'études médicales. Que nos maîtres dans les hôpitaux, en particulier MM. Chaput (1889)

et Muselier (Externat Tenon, 1890), soient assurés de notre affection.

Mais c'est surtout à M. le professeur Testut que nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance. Nous avons été vivement touché du gracieux accueil qu'il nous a fait, à nous inconnu la veille, lors de notre arrivée dans cette ville. Nous avons trouvé parmi les siens une seconde famille. C'est auprès d'eux que nous avons passé les heures les plus agréables de notre séjour à Lyon. Nous y avons été entouré de tant de sollicitude, nous y avons trouvé tant de bienveillance et de sympathie, que les mots nous manquent pour exprimer ce que nous ressentons. M. le professeur Testut a bien voulu aussi nous recevoir dans son laboratoire et nous permettre d'y travailler sous sa direction ; nous ne pourrions trop l'en remercier. La dette que nous avons contractée envers lui est de celles qui ne s'acquittent jamais, nous ne saurions l'oublier.

DES RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
LA LAPAROTOMIE
DANS LA
PÉRITONITE TUBERCULEUSE

HISTORIQUE

En 1862, Spencer Wells, ayant diagnostiqué un kyste de l'ovaire, chez une jeune fille de 24 ans, lui pratiqua une laparotomie : il trouva le péritoine recouvert de granulations tuberculeuses, et, après avoir donné issue à une grande quantité de liquide, il referma le ventre. Quel ne fut pas son étonnement de voir sa malade guérir après quelques jours de péritonite aiguë. Elle se maria dans la suite, elle n'eut pas d'enfant, mais elle vivait encore en 1889 (1). Schücking, Stellwag, à la suite également d'une erreur de diagnostic, obtinrent, le premier une guérison de 15 ans, le deuxième une de 13 (2).

C'est Kœnig le premier, qui en 1884, indiqua for-

(1) SPENCER WELLS. *Tumeurs des ovaires et de l'utérus.*, 1883.

(2) KÖENIG. *Centr. f. chir.*, 30 août 1890, n° 35.

mellement la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse, préalablement reconnue ; il rapportait 3 cas qui avaient été 3 succès opératoires (1). Depuis cette époque, les travaux sur le même sujet se sont succédé nombreux. Truc (2) rapporte 11 laparotomies dans des péritonites tuberculeuses avec 9 succès opératoires, dont 4 suivis pendant 6 mois. Kümmel (3) ne cite que 2 morts sur 28 opérations. Audry rassemble 63 observations dans lesquelles il ne trouve que 8 morts (4). Dans sa thèse, Maurange (5) arrive au chiffre de 71 cas, ayant donné 83 % de succès opératoires, avec guérison s'étant maintenue, pour la moitié des cas, un an et davantage. La même année, Lindfors (6) publie 109 observations avec 8 morts opératoires, et 17 par tuberculose d'autres organes, un certain temps après l'opération. Au VI^e congrès de la Société italienne de chirurgie (1889), Ceccherelli donne le résumé de 85 opérations ayant donné 52 guérisons, 25 morts, 6 améliorations ; Bassini rapporte le cas de 2 femmes guéries par la laparotomie qui succombèrent à de la tuberculose pulmonaire, l'une 18 mois, l'autre 26 mois après. Au IV^e congrès des chirurgiens de langue française (octobre 1889), à propos d'une communication de Dé-

(1) KOENIG. *Centr. f. chir.*, 1884, n^o 6.

(2) TRUC. Th. d'agrégation., Paris.

(3) KUMMEL. XXVI^e congrès des chir. all., 1887.

(4) AUDRY. *Lyon médical*.

(5) MAURANGE. *De l'intervention chirurgicale dans la périt. tub.* Th. Paris, 1889.

(6) LINDFORS. *De la tuberculose péritonéale spécialement au point de vue du diagnostic et du traitement opératoire.* Lemd, 1889.

mosthène (de Bucharest), Demons, Labbé, Routier, font connaître leurs succès. Routier (1) rassemble 90 cas, avec 7 morts du fait de l'intervention, et 83 guérisons, dont 17 se sont maintenues plus de 6 mois, et 33 plus d'un an.

Le plus important travail sur la question est la communication de Kœnig (2) au congrès de Berlin de 1890. Sur 131 laparotomies pour péritonites tuberculeuses, dont 14 lui sont personnelles, cet auteur trouve 24 morts à échéance plus ou moins longue, soit 18 %, et 107 succès opératoires, soit 82 %; sur ces 107 opérés, 23 furent seulement améliorés; sur les 84 qui restèrent guéris, il en est 54 qui furent suivis pendant moins de 2 ans, et 30 autres qui furent observés, 16 au delà de 2 ans et 14 au delà de 3. Il y aurait donc au moins 1/4 de malades qui seraient guéris définitivement.

Dans sa thèse si remarquable, Pic nous donne une statistique bien plus intéressante encore. Il ajoute aux 71 cas de Maurange 67 observations nouvelles; sur ces 67 cas, il y a eu 15 morts et 52 guérisons, soit 77,6 % de guérisons. Il a en outre le grand mérite de distinguer les résultats suivant les diverses formes de tuberculose péritonéale.

Cette année même, Schmoll (3) a fait connaître 13 nouveaux cas, ayant fourni 5 morts dans un délai plus ou moins éloigné de l'opération, et 8 guérisons

(1) ROUTIER. *Médecine moderne*, 19 avril 1890.

(2) KOENIG. *Centr. f. chir.*, 30 août 1890.

(3) D. SCHMOLL. *Zur chirurgischen Behandlung der Tuberculosen Peritonitis*. Th., Strasbourg, 1892.

dont 4 suivies pendant plus d'un an et demi. Tout dernièrement, Aldibert (1), dans un travail très important, réunissait 308 laparotomies, avec 74 morts et 215 guérisons, dont 30 persistaient après 1 an, et 42 après 2 ans.

Signalons en terminant, dans le *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, l'article de M. Jalaguier, où l'on trouvera une très bonne vue d'ensemble sur toute la question.

(1) ALDIBERT. *De la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse (étudiée plus spécialement chez l'enfant)*. Th., Paris.. 1892., n° 139.

Classification des diverses formes et variétés de la péritonite tuberculeuse.

Rien n'est plus variable que l'aspect sous lequel se présente la péritonite tuberculeuse, tant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomo-pathologique. C'est un véritable Protée aux cent figures diverses et jamais l'axiome, si souvent répété, « il n'y a pas de maladie, il n'y a que des malades » ne nous semble pouvoir être appliqué avec plus d'à-propos. Aussi les classifications qui en ont été données sont-elles nombreuses, nous ne parlerons que des principales :

La première en date a été proposée par Boulland (1) en 1885. Cet auteur s'appuyant sur ce fait que le tubercule, dans le péritoine comme dans les autres organes, peut présenter dans son évolution les trois phases : ramollissement, caséification et état fibreux, établit trois grandes classes de péritonites tuberculeuses : 1° forme miliaire; 2° forme fibreuse; 3° forme ulcéreuse.

Cette classification, ainsi que le fait remarquer Aldibert (2), « excellente au point de vue médical, est insuffisante au point de vue chirurgical, parce que les modes d'intervention diffèrent dans la même forme suivant la période ou suivant le symptôme. » Aussi

(1) BOULLAND. *De la tuberculose du péritoine et des plèvres*, Th., Paris, 1885.

(2) ALDIBERT. *Loc. cit.*, p. 13.

les chirurgiens se sont-ils efforcés d'en établir d'autres qui répondissent mieux aux besoins de la clinique. Lindfors (1) distingue : 1° les formes latentes; 2° les formes aiguës; a) forme typhique, — b) forme localisée, — c) forme suppurée; 3° les formes chroniques : a) épanchement libre, — b) épanchement enkysté, — c) forme adhésive fibrino-plastique, — d) forme adhésive avec obstruction intestinale.

C'est la division de Boulland, que tout en l'emplifiant un peu, adopte Pic. Cet auteur reconnaît en effet : 1° une forme miliaire; 2° une forme fibreuse qui peut être sèche, ascitique enkystée, ascitique généralisée; 3° une forme ulcéreuse subdivisée aussi en forme sèche et en forme suppurée.

Aldibert propose à son tour la classification suivante : 1° formes ascitiques qu'il subdivise en a) aiguës, — b) subaiguës, — c) chroniques, lesquelles peuvent être soit généralisées, soit enkystées; 2° forme fibreuses divisées aussi en : a) sèche proprement dite, — b) adhésive; 3° formes ulcéreuses dans lesquelles deux variétés : a) sèche, — b) suppurée, généralisée ou enkystée, cette dernière sous-variété pouvant être multiloculaire ou monoloculaire.

Nous ne critiquerons point en détail cette classification. Cependant, elle nous semble peu nette, et de plus nous croyons, au point de vue de la logique pure, qu'elle pêche par la base. Aldibert, en effet, n'a pas établi ses diverses divisions par rapport au même terme, ses sous-variétés ascitiques étant

(1) LINDFORS, cité par Pic, p. 35.

des formes cliniques, ses sous-variétés fibreuses et ulcéreuses des formes anatomo-pathologiques. Nous préférons de beaucoup la classification de M. Jalaguier, qui n'est d'ailleurs que la reproduction de celles de Boulland et de Pic, mais perfectionnées. Avec lui nous admettons trois formes principales : 1° miliaire ; 2° fibreuse ; 3° ulcéreuse. Nous ne perdrons point de temps à décrire leurs divers caractères anatomo-pathologiques et cliniques, renvoyant pour cette étude à l'article de M. Jalaguier (1), et à la thèse d'Aldibert (2) où la question est traitée complètement et avec beaucoup plus de compétence que nous ne saurions le faire. Tout en reconnaissant que l'ascite appartient à toutes les formes et que la suppuration peut également se rencontrer dans chaque variété, nous croyons que la majorité des cas peuvent être rangés dans une des catégories suivantes : I. Forme miliaire : 1° Généralisée à toute l'économie ; 2° Primitivement localisée au péritoine. — II. Forme fibreuse : 1° Ascitique : a) généralisée, b) enkystée, monoloculaire ou multiloculaire ; 2° Sèche : a) sèche proprement dite, b) sèche fibro-adhésive. — III. Forme ulcéreuse : 1° sèche ; 2° suppurée : a) généralisée, b) enkystée, monoloculaire ou multiloculaire.

C'est suivant cet ordre que nous allons étudier les résultats éloignés de la laparotomie dans les diverses variétés de péritonite tuberculeuse.

(1) *Traité de chirurgie*, de DUPLAÏ et RECLUS. Art. « Périt. tub. » t., VI.

(2) ALDIBERT, *Loc. cit.*, p. 10.

Résultats éloignés de la laparotomie dans les diverses formes de péritonite tuberculeuse.

I. Forme miliaire. — C'est une forme aiguë. Dans une variété où la péritonite n'est qu'une des manifestations viscérales de la granulie, l'opération n'a jamais été tentée. Deux fois, au contraire, on est intervenu dans des tuberculoses miliaires primitivement localisées au péritoine. Dans une observation, rapportée par Ross, la mort survint un mois plus tard par tuberculose généralisée, mais après 15 jours d'abaissement de température et de soulagement marqué. Une petite malade de Monnier, opérée *in extremis*, succomba dans le collapsus au bout de 3 jours, mais après un soulagement de 36 heures. Bien que ces deux cas n'aient pas eu de suites éloignées, nous les avons cités parce que nous aurons l'occasion d'en parler à propos des indications de la laparotomie.

II. Forme fibreuse ascitique. — Dans cette forme les feuillets du péritoine sont parsemés de granulations tuberculeuses. Il existe en même temps un épanchement plus ou moins abondant, le plus habituellement séreux, mais qui peut être aussi séropurulent ou sanguinolent, libre dans la cavité péritonéale, ou bien limité de toutes parts par des fausses membranes ou par l'accollement des feuillets péritonéaux eux-mêmes. D'où 2 variétés : ascitique gén-

ralisée et ascitique enkystée. La marche clinique est lente, chronique, les phénomènes généraux peu marqués. Cette péritonite revêt cependant assez souvent des allures subaiguës.

1° ASCITIQUE GÉNÉRALISÉE. — Nous avons pu trouver 68 laparotomies pratiquées chez des adultes dans ce genre de péritonite tuberculeuse. Les résultats ont été : 21 morts, 2 états stationnaires et 45 guérisons. L'intervention en elle-même n'est justiciable que de 3 morts : une par collapsus, une par poussée aiguë de tuberculose du côté du péritoine (dans ces deux cas existaient en même temps des lésions pleurales), une troisième enfin par septicémie. Des affections pulmonaires aiguës non bacillaires entraînèrent la mort, dans un cas 4 mois (Osler), dans l'autre (Pic) 1 mois après l'opération ; à l'autopsie de la malade d'Osler, on trouva des tubercules en voie de guérison. 5 décès sont attribués à l'épuisement, c'est-à-dire très probablement à la marche progressive de la péritonite. Une de ces dernières observations nous montre quel est le processus de guérison de cette affection. Chez un jeune homme de 17 ans, l'ascite s'étant reproduite, Wheeler ouvrit de nouveau le ventre au bout d'un mois et demi : tous les viscères étaient collés à la paroi abdominale par des adhérences de nouvelle formation. La tuberculose généralisée a causé 1 mort au bout de 3 mois ; la phtisie pulmonaire en a déterminé 5, elle était consécutive à la laparotomie dans 4 cas, dans 3 desquels les malades n'ont succombé qu'au bout de 2 ans, 1 an et demi et 8 mois. Dans ce dernier fait, à l'autopsie, Hirschberg n'aperçut plus trace

des nombreuses granulations constatées lors de l'opération. Deux malades succombent 6 mois après la laparotomie, l'une à de la péritonite chronique, l'autre à de l'entérite tuberculeuse (Preuss-Bilin); l'ascite chez cette dernière femme ne s'était pas reproduite.

Sur les 45 guérisons obtenues, 6 fois il n'est pas fait mention de durée, 7 observations ont été suivies pendant moins de 6 mois, 32 guérisons ont été constatées au bout de 6 mois et plus, 19 l'ont même été après 1, 2, 3, 4 et même 11 ans. De l'examen des 32 guérisons prolongées au delà de 6 mois, il résulte que 2 fois la tuberculose pulmonaire a fait son apparition 6 mois après la laparotomie; en revanche, dans 2 cas où elle préexistait, elle a été améliorée une fois et est restée stationnaire l'autre.

Nous apportons personnellement 4 observations de guérisons prolongées, 3 des malades ont déjà figuré dans la thèse de M. Pic, une quatrième observation n'a pas encore été publiée. Notre observation I concerne une jeune fille atteinte d'une ascite considérable, chez laquelle la guérison s'est maintenue depuis 3 ans. Nous nous étendrons davantage sur notre observation II. Il s'agit d'une jeune fille, opérée en octobre 1890 par M. Poncet. L'examen bactériologique avait démontré la nature tuberculeuse de l'affection. Cette malade, qui s'était toujours bien portée depuis, avait vu se former l'an dernier une hernie de la ligne blanche, bien qu'on eut refermé la plaie abdominale par un double plan de sutures. M. Poncet voulut bien, sur notre demande, lui pra-

tiquer la cure radicale de cette éventration. A l'ouverture du péritoine, tout ce que l'on put constater fut un épaissement gris blanchâtre du feuillet pariétal et un aspect dépoli, comme villeux et un peu congestionné du feuillet viscéral; de l'ascite d'autrefois et des anciennes granulations, il n'existait plus trace, les quelques adhérences qui reliaient il y a 2 ans les anses intestinales entre elles avaient également disparu. L'état général est excellent. Avec un fragment du péritoine excisé, M. le D^r Dor a inoculé successivement deux cobayes. Malheureusement, sans cause appréciable, ces deux animaux ont succombé trop tôt pour que la tuberculose, si le péritoine était encore virulent, ait eu le temps de se développer. Ce cas doit être ajouté à ceux assez nombreux que nous rencontrerons dans la suite où la guérison anatomique de la tuberculose péritonéale a pu être constatée de visu. — La malade qui fait l'objet de notre observation III, à la suite d'un petit abcès développé autour d'un des fils à suture, a conservé pendant plus d'un an une fistule légèrement purulente. Elle est aujourd'hui complètement guérie et jouit d'un état général excellent, les poumons sont toujours sains. — Chez la femme dont l'histoire est rapportée dans notre observation IV, la maladie s'était développée assez rapidement et s'accompagnait de phénomènes généraux graves, à tel point que la terminaison fatale serait survenue avant peu, si l'on n'était intervenu rapidement. Actuellement, 16 mois après avoir été laparotomisée, la malade, qui fut soulagée immédiate-

ment, jouit d'une santé excellente, elle a repris ses forces, fait n'importe quel travail. L'ascite, pourtant très abondante, ne s'est pas reproduite et le ventre n'offre rien d'anormal.

Markoc, Braun ont des succès de 3 ans et de 2 ans et demi. Czerny, Homans, dans des cas où ils pratiquent en même temps une ovariectomie, obtiennent des guérisons de 2 et 3 ans. Dans un cas analogue, rapporté par Schmoll, le succès est vérifié 4 ans et 4 mois plus tard. Schmoll cite aussi un cas où existait en même temps un épanchement pleurétique double; 1 an et 8 mois après, la malade avait augmenté notablement de poids, il n'existait plus ni ascite, ni pleurésie, seule une légère éventration avait compliqué l'opération.

A côté de ces nombreux succès, il nous faut citer 6 cas où le résultat a été moins brillant. Deux fois, malgré la laparotomie, l'état est resté stationnaire, 4 récidives ont guéri. L'une (Weinstein), qui durait 2 mois après l'opération, a disparu sous l'influence du massage et de frictions mercurielles; au bout de 6 mois elle semblait guérie. 2 autres récidives ont donné lieu à plusieurs interventions: Kelly dans 1 cas, Richelot et Labbé dans l'autre, n'ont pas hésité à ouvrir une deuxième fois l'abdomen, la guérison persistait encore 5 ans après dans l'observation de Kelly, et 1 an après chez la malade de Richelot et Labbé. Enfin, dans 1 cas de Kappeler où elle s'était produite 15 jours après l'opération, la récidive abandonnée à elle-même a guéri spontanément, et 4 ans après il n'en restait pas trace.

Chez l'enfant, 25 laparotomies, pratiquées dans cette forme de péritonite tuberculeuse, n'ont donné que 3 morts. Chez une fillette ponctionnée par Meiner 1 an et demi auparavant, la récurrence s'étant produite, ce chirurgien pratiqua la laparotomie; l'enfant mourut de méningite tuberculeuse, mais quelques mois plus tard. Dans une forme subaiguë, qui entraîna la mort au bout d'un mois (Trèves), l'enfant fut soulagée pendant 3 semaines. La mort est également survenue au bout d'un mois dans un cas de Perret (obs. 1) : l'ascite s'était reproduite. Si la laparotomie a été inefficace dans cette circonstance, il ne faut pas la rendre responsable du décès : l'enfant, dont l'état général était déjà très mauvais avant l'opération, a succombé tout autant et peut-être même plus à la pleurésie dont elle était atteinte qu'aux progrès de sa péritonite.

Sur les 22 guérisons, 4 ne portent pas de mention de durée, 6 ont été suivies moins de 6 mois et 9 au delà. Dans 3 cas où la tuberculose pulmonaire préexistait à l'opération, sa guérison a été notée 6 mois (Berger), 8 mois (Clarke) et 2 ans après (Roosenburg); — 3 fois l'ascite s'est reproduite rapidement : dans deux le chirurgien n'a pas hésité à rouvrir le ventre. Alexandroff constate que, 1 mois seulement après la première laparotomie, le processus de guérison s'affirme : les deux feuillets péritonéaux sont soudés par des exsudats gélatiniformes. Près de 2 mois après, l'enfant avait engraisé et l'ascite ne s'était pas reproduite. Ceccherelli, lui aussi, un mois après sa première intervention, trouve des adhéren-

ces de nouvelle formation entre les anses intestinales, et un grand nombre de tubercules avaient disparu. Un mois après, l'ascite avait notablement diminué, mais un des sommets pulmonaires s'indurait. Enfin, au congrès de la tuberculose de 1891, Pinard a présenté un jeune enfant chez lequel, quelques jours après une ponction, l'ascite s'était reproduite. La laparotomie n'eut pas un résultat meilleur. Mais à la suite de quelques injections sous-cutanées de sérum de chien, le liquide disparut rapidement; deux mois après l'intervention chirurgicale, la santé était florissante, le ventre souple et sans induration. Pétri a cité un fait à peu près analogue chez une fille de 14 ans, 2 ponctions étant restées inefficaces, on pratiqua la laparotomie. L'ascite se reproduisit quelques mois plus tard et nécessita plusieurs paracentèses abdominales : douze ans plus tard, elle ne s'était pas reproduite, et, bien que la malade eut présenté diverses manifestations osseuses et ganglionnaires de tuberculose, les poumons étaient demeurés sains.

Nous rapportons à notre tour 1 cas dans lequel le succès n'a pas été aussi complet qu'il eût été permis de l'espérer. Nous croyons cependant que ce n'est pas la faute de l'opération qui a, au contraire, donné tout ce qu'elle pouvait. Il s'agit (obs. 2), d'une fillette de 6 ans et demi, laparotomisée en janvier 1891. Nous l'avons revue 11 mois plus tard; du côté de l'abdomen, il n'existe aucun signe précis qui puisse faire craindre une récurrence. La cicatrice a été pendant longtemps le siège d'une ulcération tuberculeuse (complication notée également dans un fait de Braun).

Certes, l'état général est loin d'être parfait, la diarrhée est fréquente (elle existait déjà avant l'opération qui la fit même cesser pendant un certain temps), peut-être même y a-t-il un début de tuberculose pulmonaire; nous croyons cependant que tous ces accidents sont imputables aux mauvaises conditions d'hygiène et d'alimentation dans lesquelles vit cette pauvre enfant. Nous sommes même surpris qu'elle ait pu lutter, dans un tel milieu, contre sa tuberculose péritonéale.

A côté de ces cas, il en est d'autres où la laparotomie a eu un effet véritablement merveilleux. O'Collagham opère un enfant, chez lequel la maladie avait une marche subaiguë et l'ascite était séro-purulente : dix mois plus tard la guérison persistait. Le résultat a été également excellent chez une malade de Mayo-Robson. Malgré les allures subaiguës de l'affection, la fièvre, le dépérissement rapide, la jeune fille se releva : les douleurs abdominales dont elle souffrait atrocement disparurent rapidement; deux ans après, elle avait toutes les apparences de la plus belle santé.

Notre observation III n'a encore que cinq mois d'existence; nous ne pouvons résister cependant au désir de la publier, tant a été surprenant le résultat obtenu. La maladie avait évolué d'une façon extrêmement rapide, en un mois au maximum. Bien que l'enfant fut mourant, M. Poncet n'hésita pas à lui offrir la seule chance de salut qui lui restât : il lui ouvrit le ventre. — Un mois après, le petit malade pouvait déjà se lever. Il est revenu ces jours-ci à

l'Hôtel-Dieu. Aucune des personnes qui l'avaient vu il y a cinq mois ne l'a reconnu, tant il est amélioré. On ne nous objectera pas, à l'exemple d'Hénoch, qu'il s'agissait là d'une péritonite chronique : la marche presque aiguë de la maladie s'y oppose et, preuve tout à fait convaincante, des fragments du péritoine et un peu du liquide ascitique injectés à des cobayes ont déterminé des lésions bacillaires.

En résumé, en déduisant les 2 cas de mort par affections pulmonaires non tuberculeuses, la laparotomie dans la forme fibreuse ascitique généralisée a donné :

Chez l'adulte : 27,94 % de mortalité générale, chiffre qui peut être abaissé à 25 % en n'y comprenant pas les cas d'Hirschberg et de Preuss-Bilin où la péritonite était guérie lors du décès. L'état est resté stationnaire dans 2,94 % des cas ; il s'est produit 5,88 % de récidives, qui toutes d'ailleurs ont guéri et qui, ajoutées aux 66,17 % guérisons obtenues d'emblée, donnent 72 % guérisons, parmi lesquelles 52,94 % ont des chances d'être durables. Chez l'enfant : 12 % morts, 88 % guérisons dont 36 % seront probablement définitives. Sur ces 88 % guérisons, il y en a eu 12 % de consécutives à une récidive.

Si ces chiffres diffèrent un peu de ceux d'Aldibert (71 % guérisons chez l'adulte et 93,8 % chez l'enfant), cela tient à ce que nous n'avons pas fait, comme cet auteur, une catégorie à part des cas subaigus, estimant qu'ils ne constituent qu'un degré d'une même maladie. Pic arrive aux chiffres de 73,33 % guérisons chez l'adulte et 100 % chez l'enfant. Le nombre restreint d'observations d'enfants qu'il avait à sa dis-

position est la seule cause de ce résultat évidemment trop fort.

Le traitement médical, d'après le dernier auteur que nous venons de citer, amènerait, dans la forme ascitique généralisée, chez l'adulte, la guérison dans la proportion de 5,88 % des cas et l'amélioration dans celle de 11,76 %; et, chez l'enfant, la guérison à peu près dans 66 % des cas. Il est inutile d'insister sur la supériorité de la laparotomie, principalement chez l'adulte.

2° ASCITIQUES ENKYSTÉES. — Dans cette variété de péritonite tuberculeuse, l'ascite peut être renfermée dans une ou dans plusieurs loges. D'où deux subdivisions : A) monoloculaires ; B) multiloculaires.

A) *Monoloculaires*. — C'est cette forme qui a le plus donné lieu aux erreurs de diagnostic. Nous en avons trouvé 57 observations chez des adultes. Les résultats obtenus ont été : 7 morts, 4 récidives, 2 améliorations, 44 guérisons. L'épuisement a entraîné le décès de 3 malades, dont 2 ont succombé, au bout de 3 et 5 mois, à une fistule intestinale opératoire. La tuberculose pulmonaire, préexistant à l'intervention, a causé 3 morts. Dans une de celles-ci, survenue six mois après la laparotomie, il y avait eu d'abord une amélioration notable ; à l'autopsie, Hofmohl ne constata pas de reproduction notable de l'ascite. Une mort enfin s'est produite sans cause déterminée après 6 mois d'amélioration.

Sur les 44 guérisons, 11 ne portent pas de mention de durée, 7 ont été observées pendant moins de 6 mois ;

26 ont été constatées 6 mois et davantage, 19 même plus d'un an après la laparotomie. Consécutivement au drainage, il s'est développé 5 fois des fistules qui ont persisté jusqu'à 21 mois et 2 ans. Dans 2 cas, il existait de la tuberculose pulmonaire avant l'opération : chez une malade de Terrier, 21 mois après, il n'y avait plus aux sommets qu'un léger souffle, alors que 8 mois auparavant, il existait un souffle très évident et des craquements. La malade avait engraisé, repris des forces ; son ventre n'était ni volumineux, ni douloureux. Dans un cas de Knaggs, où la péritonite était guérie 15 mois après l'opération, il s'était développé une tuberculose pulmonaire. En revanche, une malade de Kœnig jouissait d'une santé excellente 2 ans après avoir été laparotomisée, bien qu'elle eut été atteinte de pleurésie dans l'intervalle.

Une opérée de Kümmel, qui avait vu disparaître ses douleurs aussitôt après la laparotomie, jouissait 3 ans plus tard d'une santé florissante ; deux paquets de ganglions rétro-péritonéaux étaient bien moins gros que lors de l'intervention. Nous retrouvons ici les premiers succès thérapeutiques obtenus par la laparotomie dans la tuberculose péritonéale. A côté du cas classique de Spencer Wells, nous citerons les succès de Létievant (douze ans), Wagner (deux ans et demi), Labbé (deux et trois ans), Lohlein (plusieurs années). Nous rapportons nous-même une observation. Sept mois après l'intervention, le ventre était encore un peu volumineux et dur à gauche ; à droite on ne sentait presque plus rien. L'état général était très bon. Il existait une légère éventration,

due sans doute à ce que la poche avait été marsupialisée (obs. V).

A côté de ces nombreux et brillants résultats, il nous faut enregistrer 2 cas moins heureux et 4 insuccès. Deux fois, en effet, la laparotomie n'a produit qu'une amélioration; dans une de ces circonstances, d'ailleurs, il préexistait une tuberculose intestinale, qui amena plus tard une fistule stercorale, et qui ne pouvait qu'empêcher ou tout au moins retarder l'action curative. Dans 4 observations, on voit la péritonite récidiver au bout d'un temps variable, 11 mois dans un cas, 6 mois dans un autre; 1 fois, la phtisie abdominale complique la situation. Les 3 autres fois, l'état est stationnaire au moment de la publication de l'observation, et cependant 2 de ces cas avaient donné lieu à plusieurs interventions : la malade de Kelly avait été laparotomisée 3 fois, celle de Lohlein, 2.

Enfants : 12 cas, 12 résultats favorables à l'opération. 3 observations n'ont pas été suivies, 1 ne l'a été qu'un mois, 6 l'ont été 6 mois et davantage. 4 fois nous notons la formation de fistules dont deux consécutives au drainage. Une fille de 16 ans, opérée par Cabot d'une ascite purulente, avait, six mois après, un très bon état général bien que la suppuration eut été très abondante et que la plaie fut restée fistuleuse. Chez une malade de Berger, une fistulette, qui avait retardé la guérison, était complètement fermée au bout de 8 mois; un gâteau épiploïque constaté lors de la laparotomie avait totalement disparu. Une fillette (Elliot) est très bien

portante 2 ans et demi plus tard. Schmidt a observé une guérison 9 mois après la laparotomie, Le Bec, deux ans après. La guérison s'est maintenue un an dans un cas d'ascite purulente (Terrillon). Chez un enfant de 15 ans (obs. 4), une péritonite d'abord chronique avait revêtu des allures subaiguës avec dépérissement rapide, coexistence de pleurésie et d'albuminurie. M. Poncet pratiqua la laparotomie, qui donna issue à une grande quantité de pus. Le malade, contrairement à ce que faisait penser son très mauvais état général, se rétablit rapidement, à l'exception près d'une petite fistule purulente, qui se tarit au bout de 3 mois. Aujourd'hui, 2 ans et 8 mois après l'opération, c'est un garçon très vigoureux qui semble n'avoir jamais été malade.

En résumé, la laparotomie dans la forme ascitique enkystée a donné :

Adultes : mortalité en bloc, 22 %; insuccès, 7 %; améliorations, 3,5 %; guérisons, 77,19 %, dont 45,6 % ont des chances d'être définitives.

Enfants : 100 % de succès, dont 50 % peuvent être considérés comme définitifs.

Ces chiffres se rapprochent très sensiblement de ceux donnés par Aldibert, 12,5% de morts, 76,7 % de guérisons chez l'adulte et 100 % chez l'enfant. Pic donne pour l'adulte le chiffre beaucoup plus élevé de 95,12 % de succès; cela tient évidemment au nombre restreint de cas qu'il avait en sa possession.

B) *Multiloculaires*. — 2 cas seulement concernant tous deux des adultes : 1 mort, 1 guérison suivie 6 mois. Dans le cas malheureux, l'état général

était très mauvais, il y avait en même temps de la fièvre, de la tuberculose pulmonaire et une pleurésie. M. Chandelux n'avait opéré que sur le désir pressant de la malade. Malgré un soulagement très grand apporté par l'intervention, elle succomba 5 mois après aux progrès de ses tuberculoses péritonéale et pulmonaire.

Kœnig, chez une malade dont l'ascite était également cloisonnée, se borna à évacuer une poche : 6 mois plus tard la malade, qui jouissait d'ailleurs d'une bonne santé lors de l'opération, semblait s'améliorer.

Ces deux seuls faits ne nous autorisent à conclure ni dans un sens ni dans l'autre.

III. Forme fibreuse sèche. — Aux points de vue anatomique et clinique, cette forme est caractérisée par sa tendance marquée vers la guérison. Nous en avons distingué plus haut deux variétés : les péritonites sèches proprement dites ; les péritonites sèches fibro-adhésives.

1° *Sèches proprement dites.* — Cette forme est encore appelée forme miliaire par certains auteurs. Cette dénomination doit être absolument rejetée ; elle est impropre et ne peut que prêter à confusion, l'expression de miliaire éveillant l'idée d'une maladie aiguë. Or, ici, l'évolution des tubercules est extrêmement lente et peut même être arrêtée plus ou moins longtemps dans sa marche ; elle correspond alors à ce que Charcot a appelé tubercule stationnaire.

Nous n'avons trouvé que deux cas de laparotomie

dans cette variété de péritonite. Les deux fois il s'agissait d'adultes, et le succès a couronné les efforts du chirurgien. O. Marcy a obtenu, après un simple lavage, une guérison de deux ans. Le fait qui nous appartient, sans avoir la confirmation d'une existence aussi longue, n'en est pas moins concluant. Chez une jeune femme (obs. VI), après avoir évacué un demi-verre de liquide hématique contenu dans la cavité abdominale, et après avoir seulement saupoudré le péritoine de quelques grammes d'idioforme, M. Poncet referma la plaie. Le résultat a été remarquable. Après un séjour à la campagne de quatre mois, la malade a engraisé de 10 kilos, et respire la santé. Son ventre est souple et il est impossible d'y découvrir la moindre trace du gâteau dur que l'on constatait avant l'opération. Il n'y a que sept mois pourtant que celle-ci a été pratiquée; cette observation nous montre bien l'action curative de laparotomie et la rapidité avec laquelle elle amène la régression des tumeurs intra-abdominales, dont la disparition demande pour se faire un temps si long, lorsque la péritonite guérit spontanément. Si nous voulions conclure de ces deux cas, sur la valeur thérapeutique de la laparotomie dans la forme fibreuse sèche, nous arriverions à 100 % de succès. Nous croyons plus prudent de nous abstenir, attendant que des faits plus nombreux autorisent à le faire.

2° *Sèches fibro-adhésives*. — Le processus de guérison se montre ici dans toute son évidence : les exsudats s'organisent en fausses membranes, en

brides, qui font adhérer entre eux les divers viscères abdominaux. Les tubercules, étouffés par ce tissu de nouvelle formation, deviennent fibreux à leur tour pour constituer le tubercule de guérison de Cruveilhier. Il semblerait donc au premier abord que jamais chirurgien n'ait dû intervenir dans cette forme. Il n'en est rien, cependant : c'est que très souvent la péritonite tuberculeuse, à ce stade de son évolution, n'est pas diagnostiquée; c'est aussi parce qu'elle entraîne parfois certains accidents, soit locaux comme des douleurs abdominales extrêmement vives ou des phénomènes d'occlusion intestinale, soit généraux comme le dépérissement très rapide ou la fièvre. Tels sont les principaux motifs qui, dans les observations que nous avons relevées, ont guidé la main de l'opérateur.

19 laparotomies pratiquées, chez l'adulte, dans de telles circonstances ont été suivies de 3 morts, 2 récidives et 14 guérisons. L'épuisement consécutif à une fistule intestinale opératoire a produit 2 morts; la malade de Chaput avait en même temps une pleurésie et de la fièvre. Une jeune fille opérée pour un rein tuberculeux par Kœnig qui tomba sur une tumeur tuberculeuse du côlon avec tuberculose diffuse du péritoine, mourut de généralisation 5 mois après. Dans 3 guérisons, il n'est pas fait mention de durée; 3 ont été suivies moins de 6 mois, les 8 autres ont été constatées plus de 1 an après l'opération, sauf 1 qui l'a été au bout de 10 mois. Caspersohn obtient une guérison vérifiée 1 an plus tard chez une jeune fille qu'il avait opérée pour un pré-

tendu fibrome de la paroi. Une femme, malade depuis 2 ans, s'amaigrit très rapidement, a de la fièvre et de fortes douleurs abdominales. Demons décolle les adhérences du péritoine à la paroi abdominale, racle légèrement les surfaces granuleuses de la séreuse et la saupoudre d'iodoforme. Les douleurs disparaissent trois jours après pour ne plus revenir; un an plus tard, la santé est excellente et la guérison paraît absolue. Terrillon ne peut arriver à séparer les anses intestinales agglutinées entre elles. Il s'attend, après une intervention aussi incomplète, à une issue fatale. La malade revint bien portante dix-huit mois plus tard : le ventre était souple et paraissait absolument normal. Une autre malade, chez laquelle le même chirurgien a libéré quelques anses intestinales pour faire cesser le dépérissement et des douleurs violentes, se déclare absolument guérie cinq mois après. Terrier ne peut dépasser le péritoine pariétal, tant sont intimes les adhérences de l'épiploon avec la paroi; dix mois plus tard la malade va bien, ne souffre plus et le ventre est un peu moins volumineux. Nous rapportons à notre tour trois observations analogues. Dans l'une (observation VII), qui a déjà figuré dans la thèse de Pic, il s'agit d'une jeune fille atteinte à la fois de pleurésie et de tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle fut opérée, il y a deux ans, par M. Poncet. L'opération a produit chez elle une grande amélioration, nous n'osons pas dire guérison, moins optimiste en cela que la malade: de temps en temps, en effet, à la suite d'un travail pénible, les vomissements et les douleurs abdominales sourdes de jadis reparaissent,

mais notablement atténuées. La situation de la jeune fille est néanmoins très satisfaisante ; elle peut se livrer à ses travaux de ménage, et ce n'est qu'à l'occasion de fatigues un peu exagérées, qu'apparaissent des troubles dans sa santé. Chez une femme qui, lors de l'opération, était fatalement condamnée, dans un délai plus ou moins bref, et qui avait en vain épuisé les traitements médicaux, la laparotomie n'aurait-elle produit qu'une survie de deux ans, ce serait déjà un résultat non négligeable ; mais elle a fait plus, elle lui a permis la vie ordinaire, à tel point qu'elle se croit totalement débarrassée de son affection. Chez cette même malade, si la tuberculose pulmonaire n'a pas rétro-cédé depuis deux ans elle n'a tout au moins pas progressé ; l'intervention chirurgicale ne nous semble pas avoir été étrangère au maintien de ce statu quo. La jeune fille, qui fait l'objet de notre observation VIII, souffrait de douleurs abdominales atroces qui ne pouvaient être calmées que par des doses énormes de morphine. Dès le lendemain de l'opération, elles diminuèrent d'intensité ; depuis, elles sont devenues de plus en plus rares, elles n'ont même pas reparu depuis le mois d'août dernier ; nous avons donc le droit de présager qu'elles ne reviendront plus. Actuellement, dix-huit mois après la laparotomie, le ventre est souple à peu près dans toute son étendue ; l'état général est excellent.

Chez une femme qui présentait également des douleurs abdominales vives avec phénomènes d'occlusion intestinale, M. Fochier ne put arriver à libérer les anses intestinales ; les douleurs et les accidents intes-

tinaux n'en cessèrent pas moins. Cinq mois plus tard, il se produisit une fistule intestinale due probablement à une poussée de tuberculose aiguë du côté de l'intestin : la malade eut, pendant plus de deux mois et demi, une diarrhée intense avec douleurs lancinantes. Cette fistule doit probablement être fermée aujourd'hui, car, en novembre dernier, elle ne suppura plus et elle n'avait pas donné issue à des matières fécales depuis le mois d'août. Bien que la malade vienne d'avoir un abcès de la paroi thoracique, de nature très probablement tuberculeuse, les poumons sont sains, l'état général excellent, et malgré la persistance d'une petite induration dans l'abdomen, nous croyons la guérison définitive. Cette observation présente un autre côté intéressant : la malade avait déjà été ponctionnée autrefois pour une ascite tuberculeuse qui ne s'était pas reproduite. Tout permettait d'affirmer une guérison complète, et cependant vingt ans après, la tuberculose péritonéale se manifestait de nouveau.

Les choses se sont passées d'une façon à peu près identique dans les deux cas suivants : un malade de Parker-Sims voit reparaître, après un an de bonne santé, sa tumeur et de l'ascite, en même temps que l'on constate l'induration d'un sommet pulmonaire ; une femme se porte très bien pendant 3 ans ; la péritonite se reproduit alors et elle en meurt 4 ans après avoir été laparotomisée par Kendal-Franks. Que s'est-il passé dans ces 3 cas ? Peut-être le tubercule était-il resté latent, et, sous une influence indéterminée, est-il redevenu virulent ? S'est-il produit une nou-

velle inoculation de l'organisme, et le péritoine déjà prédisposé à l'infection par son atteinte antérieure est-il devenu le lieu où elle s'est localisée? Quoi qu'il en soit, nous devons retenir de ces 3 faits qu'il ne faut affirmer qu'avec de grandes réserves la guérison de la tuberculose péritonéale; ils nous montrent également, si tant est que dans les cas précédents il n'y a pas eu nouvelle infection, que l'amélioration simule à s'y méprendre la guérison complète.

Chez l'enfant, les résultats ont été encore meilleurs : sur 7 cas que nous avons réunis, il y a eu 6 succès et une seule mort. Et encore, dans ce cas malheureux, la laparotomie a pu être sans action sur la maladie (elle a amené cependant une amélioration momentanée dans l'état général), mais elle n'a pas hâté le dénoûment fatal, car il ne s'est produit (obs. 5) qu'un an et demi après. L'autopsie a d'ailleurs montré que le décès était dû à la suppuration des ganglions lymphatiques du méso-rectum qui étaient déjà indurés et volumineux lors de l'opération. Le pus, qui fut constaté dans une selle, avait dû avoir pour origine un ganglion suppuré qui s'était vidé dans l'intestin après l'avoir ulcéré. Quant à la présence sur le péritoine de quelques granulations constatées à l'autopsie et qui n'existaient pas lors de l'intervention, nous croyons qu'il a dû se produire là une petite poussée de péritonite sous l'influence de l'irritation et de l'ensemencement perpétuel de la séreuse par le pus de l'abcès iliaque. — Sur les 6 guérisons obtenues, une n'a été suivie que 2 mois; Bradford a constaté une fois une amélioration très notable au bout de 5 mois; les

4 autres guérisons ont été vérifiées 16, 17, 18 mois et 2 ans après la laparotomie. Dans deux de ces derniers cas, on a pu constater *de visu* les modifications apportées par l'opération dans l'état anatomique de la séreuse. Keetley a eu l'occasion de pratiquer une restauration de la ligne blanche chez une ancienne laparotomisée : il n'aperçut aucune trace des nombreuses granulations et de la tumeur tuberculeuse observées deux ans auparavant. Schmitz cite un fait absolument identique : pour le même motif que Keetley, Auguste Schede rouvrit le ventre à une fillette opérée depuis dix-huit mois : « le péritoine de la malade paraissait absolument sain et il n'existait aucun signe de récédive ». Schmalfuss a fait lui aussi une remarque importante, quoique de valeur moindre. Il anesthésia sa malade, et les parois abdominales étant relâchées, il constata que le ventre n'était pas augmenté de volume, qu'il était souple ; il n'y trouva ni induration, ni tumeur, alors que seize mois plus tôt, à la laparotomie, le ventre était très gros et rempli jusqu'à l'ombilic de masses dures et assez volumineuses. Le toucher rectal démontra la régression de nombreux ganglions perçus avant l'opération. — Chez une de nos fillettes (obs. 6), la laparotomie fit cesser les douleurs abdominales, les vomissements ; un mois après, l'enfant était déjà bien. Depuis lors, elle a présenté diverses manifestations de tuberculose osseuse, la péritonite n'a pas récidivé ; la présence de masses dures que dénote la pression profonde, indique que le processus de guérison s'est effectué ou s'effectue encore. La tuberculose pulmonaire dont elle

était atteinte déjà il y a 17 mois semble s'être légèrement améliorée ; en tout cas, elle n'a pas progressé. Si l'enfant n'a pas pris d'embonpoint, cela tient évidemment à ce qu'elle a beaucoup grandi et à ce qu'elle a passé depuis l'opération les trois quarts de son temps, soit à l'hôpital, soit chez elle, dans un milieu peu aisé. Nous sommes convaincu que, si elle pouvait séjourner quelques mois à la campagne, la guérison s'affirmerait définitive, l'appétit et les forces augmenteraient et toute trace de tuberculose pulmonaire disparaîtrait.

Examinons maintenant les résultats de la laparotomie par rapport aux motifs qui l'ont dictée. Dans les cas de douleurs abdominales plus ou moins vives, le soulagement, par nous ne savons quel mécanisme, s'est toujours produit avec plus ou moins de rapidité ; les phénomènes d'occlusion intestinale ont cessé presque immédiatement ; lorsque l'on est intervenu pour lutter contre le dépérissement du malade, on a aussi obtenu un bon résultat.

En résumé, la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse fibro-adhésive a donné, chez l'adulte 26,3 % de mortalité générale, 10,5 % de récidives, et 73,68 % de guérisons dont 42,1 % ont des chances d'être définitives. Chez l'enfant, il y aurait 14,28 % de morts, 85,71 % de guérisons, dont 57,1 % d'à peu près certaines ; mais nous croyons que, vu le nombre encore restreint de faits publiés, il vaut mieux ne pas conclure. — Si nous comparons ces résultats à ceux que donne, d'après Pic, le traitement médical dans cette forme de péritonite, nous voyons qu'elle guérirait

quelques fois (Pic ne détermine pas de chiffre) chez l'adulte, et dans une proportion de 62,5 % chez l'enfant. Les avantages de la laparotomie sur les moyens médicaux sont donc indiscutables.

IV. Forme ulcéreuse. — Cette forme de péritonite tuberculeuse, la plus maligne de toutes, peut se présenter au point de vue anatomique sous deux aspects principaux : ou bien l'on ne trouve pas de liquide dans la cavité abdominale, dont les divers viscères plus ou moins réunis entre eux, sont infiltrés de masses opaques, jaunâtres, de consistance caséuse : forme sèche ; ou bien les tubercules se sont ulcérés, ont donné naissance à du pus libre dans l'abdomen ou contenu dans des poches plus ou moins nombreuses : forme suppurée, généralisée ou enkystée.

1° **ULCÉREUSES SÈCHES.** — 4 laparotomies, à notre connaissance, ont été pratiquées dans ce cas chez des adultes. Czerny a obtenu 3 morts, dont 2, au bout de 3 et 4 mois, ont été causées par la généralisation de la tuberculose ; la troisième ne survint que 4 mois après la laparotomie : la cicatrice éclata pour donner issue à une grande quantité de matières fécales, il s'était formé une fistule intestinale.

Notre observation X relate le seul succès obtenu jusqu'à maintenant. Il est dû à M. le professeur agrégé Chandelux. Bien que l'opération ne date encore que de 5 mois, nous tenons à la publier avec quelques détails, à cause non seulement de l'issue favorable, mais aussi des nombreuses particularités de l'opération. Le malade souffrait, depuis près d'un

an, de très violentes douleurs abdominales; il avait suivi vainement pendant 7 mois un traitement médical. Son état général était devenu mauvais, et il réclamait à grands cris la laparotomie. M. Chandelux tomba sur une masse confuse formée par l'intestin, l'épiploon et le péritoine pariétal; quelque difficile que fut le décollement de ces divers organes, avec un bonheur très rare, il parvint, sans la moindre déchirure intestinale, à séparer successivement les divers organes adhérents. Malgré la complexité de ces manœuvres et l'étendue des lésions, sans qu'il ait été procédé à aucun lavage, le résultat a été merveilleux. Dès le lendemain, les douleurs abdominales cessaient et l'appétit revenait. Aujourd'hui le malade, sans être encore capable de travaux pénibles, va et vient sans fatigue; c'est une véritable résurrection. Bien plus, les tuberculoses laryngée et pulmonaire, dont il était atteint avant l'opération, se sont très améliorées.

La littérature ne renferme qu'une seule laparotomie pratiquée chez l'enfant pour péritonite ulcéreuse sèche. Il s'agit d'un garçon de 14 ans opéré par Caspersohn. 1 an après, sa santé était parfaite, il n'avait eu, comme complication, qu'une ulcération tuberculeuse de la cicatrice, laquelle guérit d'ailleurs par des cautérisations.

Jusqu'ici on était plus que réservé sur la valeur de l'intervention dans cette forme. Pic admet que les résultats sont nuls; Aldibert croit qu'elle n'a quelques chances de réussir que tout à fait au début. Sans pouvoir nous prononcer, nous estimons, nous appuyant sur le fait que nous avons rapporté plus

haut, que l'on deviendra peut-être moins sévère à son égard dans la suite. Il semblerait, en tout cas, qu'elle donne de meilleurs résultats chez l'enfant que chez l'adulte.

Entre les deux types extrêmes, forme ulcéreuse sèche et forme ulcéreuse suppurée, on peut observer un terme moyen : la forme ulcéreuse ascitique dont nous avons rassemblé 3 cas opérés. Dans le premier, qui nous est personnel (obs. XI), et que nous avons hésité à considérer comme une péritonite sèche tant la quantité d'ascite était minime, il s'agit d'une jeune fille de 16 ans chez laquelle M. Poncet réséqua de larges plaques de fausses membranes. Il s'établit à la suite de l'opération une fistule intestinale. Au bout de 4 mois, la cicatrice se rompit brusquement et la malade, qui était toujours allée en s'affaiblissant, mourut dans le collapsus, non guérie de sa péritonite, qui était encore en pleine activité. — Chez une malade de Schmidt, la mort survint par cachexie 5 mois après l'opération ; il faut ajouter d'ailleurs que l'état général était très mauvais depuis déjà longtemps et qu'il y avait de l'entérite chronique. — Une femme, opérée par Jeannel, jouissait 6 mois après d'un assez bon état général ; l'ascite, auparavant abondante, ne s'était pas reproduite. — Aldibert rapporte un cas de ce genre qu'il range dans sa classe de péritonites ascitiques subaiguës. L'ascite abondante se résorba en quelques jours, à tel point que la laparotomie ne permit pas de découvrir de liquide. Dès le lendemain de l'intervention, les douleurs abdominales et le dépérissement qui l'avaient décidée, cessèrent. Il se forma dans la

suite une ulcération très probablement tuberculeuse de la cicatrice ; elle guérit d'ailleurs. Au bout de 10 mois, le ventre était très diminué de volume et ne contenait ni gâteaux indurés, ni ascite. L'enfant cependant avait maigri, probablement, comme le suppose Aldibert, sous l'influence d'une tuberculose viscérale extra-péritonéale, ainsi que permettent de le penser les antécédents pleurétiques du malade.

La laparatomie semblerait donc donner de meilleurs résultats dans la variété ulcéreuse ascitique que dans la forme ulcéreuse sèche.

2° ULCÉREUSES SUPPURÉES. — A. *Généralisées*. — Chez l'adulte, 5 cas : 2 morts, 3 guérisons. Des 2 morts, l'une est due à la généralisation de la tuberculose qui préexistait déjà dans les poumons ; l'autre, post-opératoire, est attribuée à l'épuisement. Aucune des 3 guérisons n'a été suivie.

La seule laparatomie pratiquée chez l'enfant, dans cette forme, est due à Miller ; 1 mois et demi après, la fillette quittait l'hôpital en pleine convalescence.

B. *Enkystées*. — A) *Enkystées en dehors des régions ombilicales et hépatiques*. — Chez l'adulte, 3 cas : 1 mort, 2 guérisons. La mort, survenue 1 an après la laparatomie, a été due à une tuberculose pulmonaire postérieure. Une des guérisons a été constatée au bout de 4 mois : Démosthène avait produit en opérant une petite perforation intestinale qu'il n'avait pu retrouver ; la fistule qui en était résultée s'était oblitérée en 3 mois. Lawson Tait a aussi obtenu une guérison, mais il ne l'a pas suivie.

Chez l'enfant, 3 laparatomies ont donné 1 mort et 2 succès. La mort est survenue 2 jours après l'opération. — Chez une petite malade de 9 ans (Aldibert), la transformation était déjà complète 1 mois et demi après la laparatomie, tant au point de vue local qu'au point de vue général. Une fistule consécutive au drainage se ferma au bout de 6 mois; à ce moment-là, le ventre était absolument souple, indolore, plat, sans la moindre induration.

B) *Suppurées périombilicales*. — Chez l'adulte, 2 cas : 1 mort, 1 guérison. Chez la malade qui mourut dans le collapsus, Czerny, en déroulant l'intestin, avait produit 7 déchirures intestinales. — La suppuration persista 1 an et demi, chez un opéré de Mikulicz; les forces revinrent néanmoins, et 2 ans après, ce malade était bien portant, son ventre était souple, la fistule était fermée.

Enfants : 3 cas, 3 guérisons. Chez un garçon de 7 ans, malgré le grattage et la désinfection au chlorure de zinc de l'abcès, la suppuration continue et il se forme une fistule intestinale. Hedrich pratique sur la paroi abdominale plusieurs contre-ouvertures; à partir de ce moment, l'état général s'améliore; 10 mois après, il y avait augmentation notable du poids, bon appétit et point de douleurs. La fistule suppuraît encore un peu, mais il n'en sortait plus de matières : la perte de substance intestinale devait être réparée. Un autre petit malade était bien portant 1 an après avoir subi le grattage d'une fistule ombilicale, la plaie était guérie. — Dans un de nos cas (obs. 7), l'abcès s'étendait de l'ombilic à la fosse iliaque droite, il

fallut l'inciser à 3 reprises, une fois au-dessous de l'ombilic, deux autres fois au niveau de la fosse iliaque droite. Actuellement, 14 mois après, quelque longue qu'ait été la suppuration, la jeune fille a énormément grandi et se porte assez bien. Les crises gastralgiques avec fièvre qu'elle a chaque mois à la même époque, doivent être dues à la menstruation qui n'est pas encore établie. On ne trouve plus qu'un peu d'empâtement profond dans la fosse iliaque droite, mais il persiste une petite ulcération tuberculeuse de cicatrice.

c) *Suppurées périhépatiques.* — Nous en avons trouvé quatre observations, toutes chez des enfants, dans la thèse de Canniot (1). 3 fois la péritonite était consécutive à des abcès caséeux du foie et s'est terminée par la mort. Dans un cas, cependant, le décès n'est dû ni à l'intervention, ni à la péritonite. A la suite de l'incision et du nettoyage de la cavité suppurante, il y eut pendant 2 mois une amélioration notable. Pour supprimer une fistule purulente, Lannelongue réséqua le bord inférieur du thorax et détergea l'abcès de sa paroi tuberculeuse. La cavité sus-hépatique se combla, le sujet reprit des forces ; mais une pleurésie l'emporta 42 jours après l'opération. A l'autopsie, on ne trouva plus de péritonite. — Dans une observation de Caussade, la périhépatite suppurée était consécutive à une péritonite tuberculeuse primitivement localisée au niveau du cæcum. Après une vomique, les

(1) CANNIOT, *De la résection du bord inférieur du thorax, pour aborder la face convexe du foie*, Th., Paris, 1891, n° 101.

douleurs reparurent. Lannelongue réséqua le bord inférieur du thorax et évacua le pus. La fièvre hectique cessa, et 2 mois après, la cicatrisation était parfaite, l'enfant sortait de l'hôpital.

B. — *Multiloculaires*. — Une seule observation concernant un adulte opéré par Démosthène. Il s'établit une fistule intestinale, le malade s'affaiblit de plus en plus et mourut 75 jours après l'intervention. L'autopsie montra le généralisation de la tuberculose.

Les observations que nous venons d'examiner sont encore trop peu nombreuses, et les guérisons obtenues n'ont pas été suivies assez longtemps, pour que l'on puisse, sans témérité, essayer de conclure sur la valeur thérapeutique de l'intervention, dans chaque variété de péritonites suppurées. Nous croyons cependant assez logique d'admettre que : la laparotomie a très peu de chances de succès dans la péritonite multiloculaire ; elle réussira mieux dans la forme généralisée et principalement dans les variétés enkystées, périombilicales et périhépatiques, à la condition toutefois que, dans ce dernier cas, il n'existe pas de lésions tuberculeuses du foie qui l'entretiennent.

**Des résultats éloignés de la laparotomie dans
l'occlusion intestinale, survenant dans le cours
de la péritonite tuberculeuse.**

L'occlusion intestinale est une complication que l'on peut rencontrer dans toutes les formes de la péritonite tuberculeuse. Avec Lejars (1), nous distinguerons, suivant la cause, des occlusions par : a) bride; b) coudure; c) agglutination; d) paralysie intestinale.

a) Il a été publié 4 cas de laparotomie pratiquée chez des adultes dans des étranglements par bride. — La granulie amène 14 jours après la mort d'une femme chez laquelle le cours des matières était rétabli. Un jeune homme est amélioré pendant 4 mois, et voit son poids augmenter de 17 livres en quelques semaines (Kümmel). La tuberculose se manifeste du côté des poumons et des os du pied et le malade succombe à la généralisation. — La guérison s'est produite deux fois; dans un cas, elle n'a été suivie qu'un mois; dans l'autre, une maladie intercurrente a amené la mort un an et demi après; la péritonite était guérie (Lange).

b) Sur 2 adultes, opérés dans des cas de coudure de l'intestin, l'un meurt dans le collapsus 48 heures après, l'autre guérit, mais n'est suivi qu'un mois.

(1) LEJARS, *Gazette des hôpitaux*, 5 décembre 1891.

c) La laparotomie simple, dans un cas d'occlusion par agglutination en paquet des anses intestinales, donne à Knaggs une guérison de dix mois. Terrillon, ne pouvant déchirer entièrement la production membraneuse qui aplatit l'intestin, ponctionne celui-ci et referme le ventre. La malade est fort améliorée, mais meurt trois mois après de tuberculose généralisée. Une malade, dont nous avons déjà parlé (obs. IX) vit se rétablir le cours de ses matières au bout de 4 jours; on n'avait pas pu, cependant, libérer les anses intestinales.

Chez l'enfant, sur 3 laparotomies il y a eu 3 décès. Une petite malade (Cadilhac) (1) succombe quatre jours après de péritonite aiguë; celle de Keetley, d'abord améliorée, meurt au bout de dix jours de péritonite septique; quant à une malade de M. Poncet, opérée à l'agonie, elle succombe peu après.

d) La seule observation d'occlusion par paralysie intestinale opérée chez l'adulte a été publiée par Lejars : la mort, survenue au bout de 21 jours, est attribuée par l'auteur à l'épuisement. Chez l'enfant, sur 3 cas réunis par Aldibert, il y a eu 3 succès, tout au moins immédiats. Les selles ont toujours reparu après l'opération, le lendemain (Keetley), le deuxième jour (Montgomery), le sixième (Le Bec); l'état général s'est constamment amélioré; 2 malades seulement ont été suivis, 1 ne l'a même été que 2 mois. La malade de Le Bec, après s'être relevée un peu, présentait 1 an plus tard des signes de tuberculose généralisée; elle

(1) CADILHAC. *Montpellier médical*, 14 mai 1892.

succomba 17 mois après avoir été opérée. A l'autopsie, les viscères abdominaux furent trouvés farcis de tubercules ; le mésentère était rempli de ganglions tuberculeux dont l'un s'était vidé dans l'intestin ; bien qu'il existât depuis 5 mois une diarrhée intense, le feuillet viscéral du péritoine était lisse, on n'y trouva plus trace, pas plus que sur le feuillet pariétal, des nombreuses granulations qui y avaient été constatées 17 mois auparavant ; c'est à peine si l'épiploon rétracté contenait encore quelques tubercules.

De l'examen de tous ces faits, il ressort que l'intervention chirurgicale a été surtout suivie de succès dans les cas d'occlusion par paralysie intestinale, alors qu'il n'existe aucun obstacle anatomique au cours des matières. Dans cette catégorie de pseudo-étranglements, nous pouvons ranger également les 3 cas d'adultes examinés tout à l'heure, sous la rubrique d'occlusion par agglutination (Kuaggs, Terrillon et notre obs. IX) : la laparotomie simple ou accompagnée de manœuvres insignifiantes a suffi en effet pour faire cesser les phénomènes d'occlusion, ce qui n'aurait pas eu lieu, très probablement, s'il eût existé un obstacle réel. Dans les autres cas d'occlusion intestinale, les résultats éloignés de la laparotomie sont loin d'être brillants au point de vue de son action curative sur l'élément tuberculeux. Nous l'avons déjà vue souvent, dans les péritonites tuberculeuses, amener non seulement la guérison de l'affection péritonéale, mais aussi celle des autres manifestations de la tuberculose. Ici, au contraire, elle semblerait plutôt donner à l'élément bacillaire une force nouvelle et

faciliter sa migration dans tout l'organisme. Nous ne possédons que 17 observations et 4 fois la mort est survenue par généralisation bacillaire. Le cas de Le Bec vient à l'appui de ce que nous avançons; alors que la laparotomie y amène la guérison de la péritonite, la tuberculose se généralise à tous les autres organes, même à ceux qui sont tapissés par la séreuse.

En résumé, en considérant comme guérison le cas de Knaggs, nous trouvons que la laparotomie a donné une mortalité en bloc de 47 % dont 23,52 par généralisation de la tuberculose, et 41,17 % de guérisons, parmi lesquels 17,6 % seulement ont des chances d'être définitives.

A quoi tiennent ces mauvais résultats, nous l'ignorons; mais il faut avouer qu'ils ne sont guère encourageants.

Résultats de la laparotomie dans des péritonites tuberculeuses, sans indications précises.

Sous ce titre, nous rangeons 76 laparotomies publiées par 28 auteurs différents : elles ont donné 15 morts, 3 améliorations et 58 guérisons. 8 décès n'ont pas de cause déterminée, 1 est dû à une péritonite septique, 1 autre à une perforation intestinale, 1 autre à la tuberculose généralisée. Dans deux cas (Kümmel), après une période assez longue de guérison, il s'est produit une récurrence mortelle. Une opérée de Dudley n'a succombé que 4 ans plus tard, très probablement à une affection autre. Ahlfeld, à l'autopsie d'une malade morte d'une maladie intercurrente, ne trouve pas trace des nombreuses granulations constatées 1 an et demi avant ; le péritoine est lisse et uni : la tuberculose de la séreuse était donc anatomiquement guérie. Sur les 58 guérisons, 3 sont notées comme persistantes (2 ont été rapportées par Handrix) (1), 24 ont été constatées au delà de 18 mois ; quelques-unes ont été suivies 3, 4, 5 (Kilner Clarke) (2) et même 12 (Stellwagg) et 15 ans (Schückling), trois fois la tuberculose pulmonaire ou une autre maladie intercurrente s'est développée. — Dans deux de ces guérisons prolongées, on a pu constater la guérison anatomique. Chez une jeune fille opérée

(1) Congrès de gyn. de Bruxelles, 1892. *Bul. méd.*, 28 septembre 1892.

(2) KILNER CLARKE. *Brit. med. J.*, 24 décembre 1892.

d'une ovariectomie, 18 mois après une laparotomie pour péritonite tuberculeuse, Bruce Clarke (1) ne vit plus trace de tubercules sur la séreuse. Lawford Knaggs (2) opère d'une éviscération une femme chez laquelle 5 ans et demi auparavant il avait constaté sur les intestins, le mésentère et le péritoine pariétal, des myriades de tubercules. « La partie d'épiploon qui se présenta sous le bistouri était saine; le péritoine était partout lisse; il en était de même de l'intestin grêle. »

En résumé, en déduisant du nombre des morts le cas d'Ahlfeld, et en le comptant parmi les guérisons, on trouve 18,42 % morts, 4 % améliorations, 77,63 % guérisons, dont 35,52 peuvent être considérées comme définitives.

(1) BRUCE CLARKE. Soc. cliniq. Londres, 11 nov. 1892. *Sem. med.*, 16 nov. 1892.

(2) LAWFORD KNAGGS. Soc. cliniq. Londres, 11 nov. 1892. *Sem. med.*, 16 nov. 1892.

Indications et contre-indications de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse.

A l'exemple de Pic, nous distinguerons deux sortes d'indications : les unes relatives, les autres absolues. Les indications relatives varient avec les diverses formes de péritonite tuberculeuse.

Dans la variété ascitique, à peu près tous les chirurgiens sont aujourd'hui d'accord pour opérer, encouragés en cela par les bons résultats obtenus. La ponction n'a donné que des succès extrêmement restreints (1). Pic prétend qu'aucun des cas qu'il a vu guérir par les moyens médicaux n'a été traité par la ponction. Les observations du reste sont nombreuses où, devant l'échec persistant des paracentèses, on a été obligé de recourir à la laparotomie. — En présence donc de toute ascite, soit libre, soit enkystée, il faut intervenir. Avec Pic et Aldibert, nous pensons qu'il y a lieu de le faire le plus tôt possible. Attendre, comme le conseille Maurange, que le traitement médical ait bien montré son impuissance, que l'épanchement soit très abondant, que la fièvre épuise le malade, c'est réunir toutes les conditions nécessaires pour échouer. Donc, plus l'intervention sera précoce, comme nous l'avons souvent entendu dire à notre maître M. le P^r Poncet, plus elle aura de chances de réussir. Non seulement elle guérira ainsi la tuberculose péritonéale, mais elle préviendra plus sûrement la généralisation bacillaire.

(1) *Loc. cit.*, p. 182 à 185.

Des Récidives. — Comme le fait très bien remarquer Aldibert, le liquide, dans les premiers temps qui suivent l'opération, peut très bien se reproduire en petite quantité pour ne pas tarder à se résorber. C'est un fait qui s'observe en général dans la plupart des hydropisies séreuses et qui ne constitue pas la récurrence. Celle-ci n'existe réellement que lorsque l'ascite persiste encore au bout d'un mois à un mois et demi et qu'elle semble augmenter. Nous avons vu dans ces cas, Kelley, Richelot et Labbé, Alexandroff, Ceccherelli pratiquer une nouvelle laparotomie et guérir leurs malades. C'est, croyons-nous, ce qu'il y a de mieux à faire. On nous objectera certainement que la guérison a été obtenue dans des cas semblables par les ponctions (Petri), par de simples frictions à l'onguent mercuriel et du massage (Weinstein), que Pinard lui-même a obtenu un succès par des injections sous-cutanées de sérum de chien. Dans certains de ces cas, l'ascite était de date toute récente, elle se serait peut-être résorbée seule. Nous ne sommes pas d'ailleurs systématiquement opposé aux moyens dits de douceur, nous croyons cependant que si leur effet tarde trop à se produire, il faut recourir sans hésitation à une nouvelle laparotomie.

Dans les formes fibreuses sèches, l'intervention chirurgicale est beaucoup plus discutée. En réalité, il faut distinguer 2 cas. Dans la variété sèche proprement dite, les deux succès obtenus sont bien faits pour encourager les chirurgiens. Il ne faut pas oublier du reste que les tubercules dans ce genre de péritonite sont simplement stationnaires; ils peu-

vent, sous une influence quelconque, donner lieu à une poussée aiguë de tuberculose, soit limitée au péritoine, soit généralisée à l'organisme entier; ils peuvent également subir la caséification et transformer la péritonite fibreuse en péritonite ulcéreuse, dont le pronostic est tout différent. Le devoir du chirurgien est d'essayer d'empêcher ces deux complications.

Dans la variété sèche fibro-adhésive, il s'agit d'un processus curateur. De plus, les adhérences des viscères abdominaux entre eux et à la paroi abdominale exposent l'opérateur à blesser l'intestin, ou à être obligé de refermer le ventre sans avoir pu libérer les anses intestinales. Il existe là cependant des indications formelles à l'intervention; ces indications sont au nombre de 4 : douleurs abdominales violentes, dépérissement rapide, phénomènes d'occlusion intestinale chronique, mais pouvant d'un moment à l'autre devenir aiguë, et erreur de diagnostic.

Les résultats déplorables qu'elle a donnés dans la forme ulcéreuse sèche semblent la condamner complètement. Dans cette variété de péritonite, comme nous l'avons déjà dit, il faut peut-être se départir un peu de cette sévérité en présence du succès si remarquable obtenu par M. Chandelux (obs. X) et de la guérison, qui a également couronné l'intervention de Caspersohn. Nous pensons, avec Aldibert, que l'on a des chances de réussir dans les formes ulcéreuses sèches au début. Il nous semble également que dans des cas comme le nôtre, où existent de violentes douleurs abdominales, il faut intervenir.

L'intervention est surtout commandée dans les formes ulcéreuses suppurées. Ce sont de véritables abcès justiciables du même traitement que les autres collections purulentes. *Ubi pus est, ibi evacua*, dit Pic. Ici encore, l'opération aura d'autant plus de chances de réussir qu'elle sera plus hâtive; non seulement elle donnera issue au pus, empêchera l'infection généralisée, mais elle pourra amener la cicatrisation des masses en voie de caséification et éviter la production des fistules stercorales ou cutanées. Lorsque la suppuration est libre dans la cavité abdominale, il est de toute évidence que l'intervention s'impose; dans les formes enkystées monoloculaires, l'affection étant localisée, le succès sera encore plus probable. Il n'en est pas de même lorsque les poches purulentes sont nombreuses. S'il n'y en a que deux ou trois on pourra bien les vider; mais si, comme cela se rencontre parfois, le pus est logé dans une infinité de petites cavités situées entre les intestins, l'épiploon et le péritoine pariétal adhérent, il sera sage de ne pas essayer de l'évacuer, l'opération serait fatalement incomplète, et l'on s'exposerait à faire de nombreuses blessures à l'intestin dont les parois sont, dans ce cas, extrêmement friables.

Pic reconnaît comme indications opératoires absolues dans toutes les formes de péritonite tuberculeuse, les symptômes d'occlusion, d'empyème péritonéal et d'épanchement abondant, menaçant la vie du malade. Nous ne parlerons pas de ces deux dernières indications; nous ne pourrions que répéter ce que nous avons déjà dit au sujet des formes fibreuses.

ascitiques et ulcéreuses suppurées. Quant à l'occlusion intestinale, malgré les déplorables résultats que donne en général l'intervention, il faut toujours opérer et opérer le plus tôt possible, les accidents d'occlusion demandant un remède rapide. Le plus souvent, d'ailleurs, le chirurgien n'aura pas diagnostiqué auparavant la péritonite tuberculeuse. Dans les cas même où il n'existe que de la paralysie intestinale, la laparotomie est encore commandée, car le diagnostic de pseudo-étranglement ne peut être fait qu'après examen de l'intestin; nous ne sommes pas, d'ailleurs, convaincu, quoi qu'en prétende Aldibert, que la laparotomie n'ait aucune influence dans ces circonstances; rien ne nous dit que cette crise de paralysie intestinale aurait cédé sans intervention. Dans ces circonstances, le chirurgien devra bien savoir, du reste, qu'il n'a obéi qu'à une indication urgente, mais que les suites éloignées de son opération pourraient être désastreuses.

Pic reconnaît trois grandes contre-indications opératoires communes à toutes les variétés de péritonite tuberculeuse : la fièvre, les lésions pulmonaires étendues, l'entérite bacillaire. Avec M. Poncet, nous nous rangerons à l'avis de Pic, mais nous serons beaucoup moins absolu.

M. Chandelux nous disait dernièrement qu'il ne fallait jamais opérer une péritonite tuberculeuse fébrile (nous ne parlons pas, bien entendu, des formes suppurées ou à ascite purulente dans lesquelles la température élevée est au contraire une indication pressante à opérer). Si l'on adoptait systématiquement

cette opinion, on ne devrait pas intervenir dans les cas subaigus. Or, nous avons vu que la laparotomie a été pratiquée assez fréquemment en pareilles circonstances. La mort cependant ne s'en est suivie que dans des cas restreints, et presque toujours il existait en même temps des lésions pleurales ou pulmonaires; le plus souvent la fièvre est tombée, l'état général s'est relevé, et le malade a guéri non seulement de l'opération, mais aussi de sa péritonite. Sans doute il serait préférable de n'intervenir que chez des malades apyrétiques; mais si l'état reste stationnaire ou s'aggrave, nous pensons, avec Jalaguier, que l'opération est indiquée. On pourra essayer, comme le conseille Pic, d'abaisser la température par des moyens thérapeutiques, mais il sera peut-être moins dangereux d'intervenir pendant la fièvre que d'attendre avec ou sans ponction qu'elle ait cessé. — Quant à la péritonite miliaire aiguë, Kœnig est d'avis d'opérer, Pic de s'abstenir. Pour Jalaguier « lorsque les manifestations morbides se localisent uniquement du côté de la cavité abdominale, quand un épanchement ascitique apparaît, on a tout à gagner et rien à perdre à intervenir. La laparotomie est une chance de guérison qu'on ne doit pas refuser au malade. » Aldibert est du même avis. Pour notre part nous pensons qu'il sera prudent de s'abstenir en pareilles circonstances; si l'on intervient, ce ne sera que toutes réserves faites, la tuberculose étant déjà peut-être en voie de généralisation, ou ayant de grandes tendances à envahir tout l'organisme. En somme, la fièvre n'est d'après nous une contre-indication absolue à la laparotomie,

que si elle est très élevée, si elle coexiste avec des lésions pulmonaires ou pleurales, si elle indique la généralisation.

Ce qui fait le danger principal de l'opération, lorsqu'existent des lésions pulmonaires ou pleurales, ce n'est pas, comme le démontre bien Aldibert, le degré des lésions mais leur étendue. Les cas les plus malheureux, en effet, ont été ceux dans lesquels il existait à la fois de la pleurésie et de la tuberculose pulmonaire. Sur sept fois où cette coïncidence existait, il y a eu six morts; une seule fois l'état est resté stationnaire (ob. IX). La pleurésie seule, même fébrile, n'est pas toujours une contre-indication. Nombreux sont les faits où, en pareil cas, le malade a guéri. Lorsque la mort s'est produite, il existait un épanchement récent, abondant, à marche aiguë. Les choses se sont passées de même dans les cas où la tuberculose pulmonaire préexistait à l'opération. Lorsque le décès est survenu, les lésions étaient presque toujours étendues soit aux deux sommets, soit à la totalité d'un sommet seul. Dans les observations, au contraire, où la guérison de l'opération ou de la péritonite a eu lieu, la tuberculose était localisée à une partie limitée du poumon; les lésions constatées étaient soit l'infiltration, soit le ramollissement, mais la marche en était constamment chronique. En somme, les lésions pulmonaires et pleurales ne constituent une contre-indication à la laparotomie que lorsqu'elles sont très étendues ou qu'elles revêtent une allure rapide. Dans les cas, au contraire, où elles sont soit chroniques, soit limitées et au début, elles

ne s'opposent nullement à l'opération; pour certains auteurs, elles l'indiquent même : nous avons eu, en effet, assez souvent, dans le cours de ce travail, l'occasion de noter soit leur amélioration, soit leur guérison à la suite de l'intervention.

Avec Pic, nous reconnaissons volontiers que l'entérite bacillaire est une contre-indication à la laparotomie. Elle expose à la perforation intestinale, à la formation de fistules stercorales qui, très probablement, amèneront la mort du malade par épuisement. C'est ce qui s'est produit dans presque tous les cas opérés où existait cette complication. Alors même que la laparotomie amène la guérison de la péritonite, elle n'influence nullement la tuberculose intestinale, comme cela s'est produit dans un cas de Preuss-Bilin. Aussi, à moins que le chirurgien n'ait la main forcée, nous croyons, dans ces cas, l'abstention plus prudente que l'intervention.

Lorsqu'il existe d'autres foyers tuberculeux osseux ou ganglionnaires, la laparotomie n'est contre-indiquée que si ceux-ci ont une évolution rapide ou s'il y a menace de généralisation à tout l'organisme.

En résumé, il n'y a pas de contre-indication absolue à la laparotomie. Nulle part n'est plus juste qu'ici le vieil axiome : « Il n'y a pas de maladies, il n'y a que des malades ». C'est à la sagacité et à la science clinique du chirurgien, de décider, dans les divers cas qu'il peut rencontrer, s'il doit ou non intervenir. Il doit s'inspirer des circonstances et non de principes théoriques.

Considérations sur certains points du manuel opératoire et du traitement consécutif.

Notre attention n'est point de traiter ici le manuel opératoire, la question est trop connue. Nous voulons simplement insister sur quelques points qui nous intéressent plus particulièrement.

L'incision, abdominale en elle-même, nous semble constituer la partie essentielle de l'intervention. Quant aux lavages, quelle que soit leur nature, nous ne les croyons nullement utiles. D'après la statistique de Kœnig et celle d'Aldibert, la guérison aurait été plus fréquente dans les cas où l'on s'en serait abstenu que dans ceux où l'on y aurait eu recours. Sans prétendre qu'ils aient une influence funeste, ils ne nous paraissent indiqués que dans les ascites purulentes et dans les formes ulcéreuses suppurées; on peut également s'en servir pour enlever de la cavité abdominale les débris des fausses membranes à la suite des décollements étendus d'adhérences ou pour arrêter des hémorrhagies en surface.

On a reproché à l'insufflation de poudres antiseptiques sur la séreuse de produire des accidents d'intoxication; c'est peu probable, vu la minime quantité que l'on a coutume d'en laisser dans la cavité péritonéale. On a objecté avec plus de raison que ces poudres ne pouvaient atteindre que des points très limités. M. le P^r Poncet, a coutume, dans toutes ses laparatomies pour péritonite tuberculeuses, d'introduire 3 à

4 gr. d'iodoforme dans l'abdomen. Il pense provoquer ainsi une irritation plus persistante de la séreuse, et activer de la sorte les phénomènes de résorption locale. C'est une vue théorique, mais qui peut bien contenir une part de vérité.

Le drainage nous semble ne devoir être employé que dans certains cas. Il n'empêche point, comme on lui en a attribué le mérite, la reproduction de l'ascite. Dans les cas de Wheeler, Alexandroff, Kelly, par exemple, où l'on avait drainé, la récurrence n'en a pas moins eu lieu. En revanche, nous avons noté très souvent la persistance prolongée de fistules purulentes cutanées consécutives au drainage. Ce mode de traitement a cependant quelques indications très nettes. Dans les cas d'ascite purulente, dans les formes ulcéreuses suppurées, il faut toujours y recourir. Il sera prudent, également, de l'employer lorsque l'on craindra la production d'une hémorrhagie en nappe. Dans les cas de poches à parois épaisses et sans tendance au rapprochement, il rendra parfois service en favorisant autour de lui la formation d'adhérences. Dans toutes ces circonstances, le drain en caoutchouc devra être rejeté. Outre, en effet, qu'il est incapable de drainer toute la cavité, il peut causer, par suite du frottement, la perforation des anses intestinales qui sont parfois très friables. Le tampon abdominal de Mickulicz, qui en a tous les avantages et non les inconvénients, lui sera toujours préféré; on le supprimera d'ailleurs le plus tôt possible.

Une complication à distance que nous avons relevée

plusieurs fois est la formation d'une hernie de la ligne blanche. Pour l'éviter, il faudra donner à la cicatrice le plus possible de conditions de résistance. La suture à trois étages et le port prolongé d'une ceinture abdominale appropriée nous semblent être les meilleurs moyens préventifs de ces éventrations.

Enfin, nous ne saurions trop insister sur l'importance du traitement général, à la suite de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse. De bonnes conditions d'hygiène et d'alimentation sont des facteurs importants dans la production de la guérison. Nous avons pu vérifier nous-même, dans deux cas surtout (obs, VI et 3), les bons effets produits par le séjour à la campagne; et, si deux de nos petites malades ne sont pas complètement rétablies, nous sommes convaincu, nous ne craignons pas de le répéter, que la faute en est au milieu dans lequel elles vivent. Un bon traitement général aura en outre l'avantage d'empêcher le développement de la tuberculose pulmonaire, et de la guérir ou de l'améliorer à peu près sûrement lorsqu'elle existera déjà.

Résultats éloignés de l'intervention chirurgicale dans certaines formes de péritonite tuberculeuse localisée.

I. PÉRITONITE TUBERCULEUSE HERNIAIRE. — C'est Jonnesco (1) qui a attiré l'attention sur cette forme particulière de tuberculose des séreuses. Il en a réuni 11 observations; cette année même, Bruns (2) en a publié une nouvelle, Aldibert en a recueilli une autre de Czerny; nous allons personnellement en ajouter 2.

Au point de vue de la localisation, 3 cas :

1° Le sac herniaire seul est tuberculeux;

2° Le contenu herniaire seul est tuberculeux;

3° Le sac et le contenu herniaires sont à la fois tuberculeux. — 9 cas seulement ont donné lieu à une intervention chirurgicale.

1° *Tuberculose du sac seul.* — 3 cas, 3 succès. Lejars, dans un cas d'étranglement, débride et résèque le sac; la guérison n'a pas été suivie. Le Dentu réduit l'entéro-épiplocèle et résèque le sac, qui présente à sa partie inférieure une induration tuberculeuse; un an après la hernie n'avait pas récidivé, l'état général était parfait. Quoiqu'en dise Jonnesco, il se pourrait bien qu'il existât dans ce cas une tuberculose péritonéale très discrète, car, par une pression profonde sur la paroi abdominale, on fit sortir une

(1) JONNESCO. « Tuberculose herniaire ». *Revue de chirurgie*, 1891,

(2) BRUNS. *Beiträge z. Klin. Chir.*, IX, 1, 1892, et *Sem. méd.*, 21 septembre 1892, n° 47.

certaine quantité de liquide; Jonnesco prétend qu'elle y aurait été refoulée du sac. Si cette tuberculose de la grande séreuse existait, il semblerait que la simple kélotomie l'aurait guérie, puisqu'elle ne se manifestait pas 1 an plus tard. Dans le cas, que nous publions, (obs. XII), la guérison s'est maintenue 7 mois; il n'y a eu, comme complication, qu'une ulcération tuberculeuse de la cicatrice, qui d'ailleurs a été guérie par des cautérisations ignées.

2° *Tuberculose du contenu herniaire seul.* — 3 cas, 3 succès. Les 2 guérisons qui concernent des adultes n'ont pas été suivies. Chez un petit malade, où la marche de l'affection était devenue subitement subaiguë, Largeau réséqua l'épiploon aussi haut qu'il put atteindre; il extirpa le sac et incisa une hydrocèle qui coexistait. Un an après, il n'y avait aucun signe de tuberculose viscérale; l'épiplocèle et l'hydrocèle ne s'étaient pas reproduites. — Dans ce cas, il existait certainement, quoi qu'en dise Largeau, une péritonite tuberculeuse; l'épiploon était, en effet, infiltré de tubercules miliaires dans toute sa hauteur, et l'on put faire sortir de l'abdomen, par une pression profonde, une certaine quantité de liquide. Or, un an après, cette péritonite tuberculeuse ne se manifestait nullement: la simple kélotomie avec résection de l'épiploon malade aurait donc suffi pour la guérir.

3° *Tuberculose simultanée du sac et du contenu herniaires.* — 3 cas concernant tous des adultes. Chez un phtisique, opéré par Polaillon pour des phénomènes d'engouement et de péritonite circonscrite, la mort survint au bout de 48 heures. Dans le cas qui

nous est personnel (obs. XIII); le décès s'est produit également, mais 7 mois seulement après l'opération, et il a été dû à de l'intoxication urinaire. Chez ce malade, la kélotomie avait amené la cessation des douleurs herniaires et rendu possible le port du bandage. Il semble qu'il y ait eu ici consécutivement une petite poussée aiguë d'entérite bacillaire; la péritonite tuberculeuse dont ce malade paraît bien avoir été atteint n'a pas été influencée, et l'état général ne s'est guère amélioré. Mais il ne faut pas oublier que c'était un vieillard âgé et porteur de lésions tuberculeuses pulmonaires accentuées. Il faut retenir de ce cas que l'on peut, après la kélotomie, réduire dans l'abdomen, sans produire d'accidents aigus, des anses intestinales infiltrées de tubercules et qui en étaient sorties depuis longtemps. Dans le cas de Bruns, il existait une épiploïte suppurée enkystée avec un petit point granuleux du sac. Il fit l'ablation de tout le contenu scrotal, et son malade guérit; il n'a pas été suivi.

Les faits que nous venons d'analyser ne sont pas assez nombreux pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions fermes. Il nous semble cependant que l'on peut, sans trop s'avancer, prédire de bons résultats aux chirurgiens qui rencontreront sous leur bistouri des tuberculoses herniaires.

Les indications opératoires sont dans ce cas, outre l'existence d'une infirmité gênante, la présence de douleurs spontanées, et au port du bandage, enfin des phénomènes d'étranglement.

Le manuel opératoire ne diffère pas de celui de la

kélotomie; on doit s'efforcer de réséquer le plus possible de parties malades. Si réellement la tuberculose herniaire est une forme primitive, on a ainsi de grandes chances d'arrêter la marche du processus. Si ce n'est au contraire qu'une manifestation d'une péritonite tuberculeuse généralisée, on ne court aucun risque en le faisant; on peut espérer la voir guérir. S'il existe des adhérences entre le sac et l'intestin, on peut les rompre et réduire ensuite l'anse herniée, à moins qu'elle ne soit atteinte d'ulcérations sans tendance à la guérison; dans ce dernier cas, il est préférable de la réséquer, ou mieux, pour éviter les dangers toujours considérables d'une entérectomie, d'établir un anus contre nature. C'est également à ce dernier parti qu'il faudrait se résoudre dans les cas d'étranglement où l'on ne pourrait vaincre les adhérences de l'intestin au collet du sac. En dehors de ce cas d'urgence, lorsqu'on ne peut décoller les adhérences, ce que nous savons des résultats produits par la laparotomie dans les tuberculoses péritonéales généralisées, nous autorise à espérer la guérison, à la suite de l'incision simple, dans ces péritonites herniaires.

II. TYPHLITE ET PÉRITYPHLITE TUBERCULEUSES. —

Cette question a été l'objet, aux mois de février et mars derniers, de nombreuses communications à la Société de chirurgie. Broca (1), Richelot (2) lui ont consacré chacun un article de journal, Le Bayon (3) sa thèse inaugurale.

(1) BROCA. *Gazette hebdomadaire*, 27 février 1892.

(2) RICHELOR. *Union médicale*, 2 avril 1892.

(3) LE BAYON. Th., Paris, 1891.

Au point de vue anatomique, tantôt la lésion tuberculeuse est nettement localisée dans la région iléo-cæcale, tantôt elle s'étend à tout le péritoine, mais elle prédomine au niveau du cæcum. — Nous avons réuni 18 cas dont la nature tuberculeuse nous a paru à peu près indiscutable. Les lésions constatées sont tellement dissemblables que nous croyons préférable d'étudier les résultats obtenus d'après le procédé opératoire employé. Tantôt on s'est borné à une laparotomie simple, avec ou sans toilette de la région atteinte, tantôt on a pratiqué en même temps la résection plus ou moins étendue des parties malades.

11 fois on a réséqué soit l'appendice, soit une partie du cæcum, soit le cæcum entier. 2 morts ont été dues à une péritonite suraiguë. Chez une malade opérée une première fois par Bouilly, se produit une fistule stercorale; deuxième laparotomie 6 mois après la première avec résection de l'appendice : la malade meurt 2 mois plus tard de tuberculose pulmonaire. Terrier se contente de réséquer l'appendice alors que le cæcum est aussi atteint : la malade est momentanément améliorée, mais une fistule stercorale se produit, la diarrhée reparaît et la tuberculose se généralise à tout le péritoine. — 3 guérisons non suivies. 4 constatées plus de 6 mois après l'intervention. Richelot en vérifie une plus d'un an après l'extirpation de l'appendice et d'une plaque tuberculeuse du cæcum ; dans un cas, il a enlevé une induration tuberculeuse de la région iléo-cæcale, la guérison persista 8 mois après. Une jeune fille, à laquelle Bouilly a réséqué toute la région iléo-cæcale pour une tumeur tuberculeuse, prise

d'abord pour un lympho-sarcome, était encore guérie près de 4 ans après. Czerny a obtenu un succès de 34 mois après une résection du cæcum.

7 laparotomies simples ont donné lieu à 3 morts dont une post-opératoire par collapsus, et une, 1 mois et demi plus tard, par généralisation tuberculeuse chez un malade déjà phtisique (Reynier). Chez une malade de M. Poncet (obs. XIV), la laparotomie semble n'avoir eu aucune influence : les douleurs abdominales ont continué et la malade est morte 3 mois après. — Dans un cas où coexistaient une tumeur tuberculeuse de la région iléo-cæcale et des granulations diffuses, Spæth a obtenu une amélioration de 4 mois : augmentation de poids et cessation des douleurs éprouvées par la malade en allant à la selle. L'état déclina ensuite, une tuberculose intestinale dut se développer, car les selles étaient parfois muco-purulentes. Un an après la laparotomie, la malade vivait encore, mais la terminaison fatale était proche. — Sur 3 guérisons, une seule présente des garanties. Un jeune homme phtisique, opéré par M. Delorme d'une collection séreuse de la fosse iliaque, put trois mois après reprendre son métier, pourtant pénible, de garçon boucher. Un an plus tard, aucun accident n'avait reparu.

En résumé, la laparotomie simple ou accompagnée de nettoyage, dans les cas d'épanchement séreux ou purulent, a donné 48,82 % morts, 14,28 % améliorations momentanées et 48,82 % guérisons dont 14,28 % à peu près définitives. Les résultats de la laparotomie avec extirpation des parties malades ont été 18,18 % morts, 63,63 % guérisons dont 36,36 % peuvent pas-

ser pour définitives. Sans attacher à ces chiffres plus d'importance qu'ils n'en ont, il nous semble logique de conclure que, dans tous les cas de tuberculose localisée ou prédominant dans la région iléo-cæcale, il faut toujours s'attacher à enlever les parties malades.

III. — PÉRITONITES TUBERCULEUSES D'ORIGINE GÉNÉTALE. — Ces péritonites peuvent être soit localisées, soit généralisées. Dans la première variété, qui constitue la forme pelvi-péritonite, la tuberculose des organes génitaux est la lésion principale, la péritonite n'est presque rien. Dans la deuxième, au contraire, la péritonite est presque tout, et la salpingo-ovarite est moins importante.

Sur les 17 observations de pelvi-péritonites réunies par Aldibert, 4 ne doivent pas, d'après nous, être rangées sous cette dénomination. Une cinquième, due à M. Chandelux (obs. LIV, *in* Pic), doit également être exclue; sa nature tuberculeuse n'est pas absolument évidente. — Nous n'avons pas de détails sur 2 des 13 autres cas, la guérison y est notée 2 ans (Elliot), 14 mois (Gardner). La laparotomie simple n'a été pratiquée qu'une fois : la malade est morte 5 semaines après, de tuberculose miliaire (Czerny). Dans les autres cas, on a toujours fait l'ablation, partielle ou totale, des annexes de l'utérus. La phtisie pulmonaire a déterminé une mort au bout de 3 mois (Spæth); la péritonite septique en a entraîné une autre (Terrillon). 4 guérisons n'ont pas été suivies; 2 l'ont été moins de 6 mois, dans l'une (Terrillon), le

drainage a laissé à sa suite une fistule qui a persisté 3 mois. Il en était de même chez une autre malade de Terrillon qui, en dehors de cela, était bien portante 7 mois plus tard.

Dans les péritonites généralisées consécutives à la tuberculose génitale, on peut observer les mêmes variétés anatomiques que dans les autres péritonites tuberculeuses. — Aux 23 cas réunis par Aldibert, nous en ajouterons 10 autres : 6 empruntés à la thèse de Schmoll et 2 à celle de Rispal. 10 observations sans détails ont donné 3 morts, dont 1 par tuberculose généralisée et 1 par entérite bacillaire ; 1 récidive, 1 amélioration et 5 guérisons non suivies. 9 fois le chirurgien s'est borné à une laparotomie simple : il y a eu 7 morts dont 2 par tuberculose généralisée au bout de 2 mois (Chandelux) et de 6 semaines (Whestone) ; 1 par progression de la tuberculose péritonéale 3 mois et demi après (Czerny), 1 par tuberculose intestinale. Les 3 autres morts (Schmoll) n'ont pas de cause déterminée : l'une n'est survenue qu'au bout d'un an, sans amélioration ni aggravation. Sur les deux améliorations, une n'a pas été suivie (Schmoll), l'autre, peu notable du reste, ne l'a été que quelques mois (Mayo-Robson). — Les résultats ont été bien meilleurs lorsque l'on a complété la laparotomie par l'ablation des annexes primitivement malades. Sur 13 cas, nous trouvons en effet 9 guérisons et 4 morts seulement. Parmi ces dernières, la tuberculose généralisée a causé la mort après 5 semaines (Czerny), après 1 mois (Mayo-Robson) ; dans un cas de Schmoll, il y a eu à la fois pleurésie et péritonite purulentes,

dans un autre, cette dernière existait seule. Les guérisons, sauf une vérifiée après 5 mois, ont toutes été constatées après 6 mois et davantage. Hégar en a obtenu une de 4 ans, Homans une de 2 ans, Werneck une de 1 an, Schmoll en cite de 2 ans et 3 mois, 3 ans et 2 mois; Rispal en rapporte 2 suivies 6 mois : dans l'une de ces dernières, des symptômes de tuberculose pulmonaire au début avaient disparu, dans l'autre, il s'était formé une ulcération tuberculeuse de la cicatrice.

Dans un dernier groupe, enfin, nous rangerons quatre observations classées par Aldibert comme pelvi-péritonites. Sans doute, dans ces cas, la lésion n'était pas généralisée, puisqu'il s'agit de péritonites ascitiques enkystées; mais c'étaient en réalité des péritonites de la grande cavité abdominale. Dans ces quatre cas, la laparotomie a toujours été suivie de l'ablation des annexes. M. Chandelux a obtenu une amélioration de 3 mois; mais la malade s'est mise ensuite à tousser et à cracher, début très probable de tuberculose pulmonaire. Jeannel a constaté la guérison trois mois après la laparotomie. Trzebicky cite le cas d'une opérée de Mikulicz qui était encore guérie 2 ans et 9 mois après. Nous rapportons nous-même l'observation d'une malade à laquelle, en 1890, M. Chandelux enleva les deux trompes. La suppuration s'étant déclarée, on fut obligé de drainer; il en résulta une fistule qui suppura pendant une année. Actuellement, la malade jouit d'une santé excellente, ses règles sont revenues, et, chose importante, la tuberculose dont elle était atteinte il y a 2 ans s'est améliorée (obs. XV.)

Ce qui frappe à la lecture de ces observations, c'est la tendance qu'a en pareil cas la tuberculose à se propager aux autres organes. Sur 17 morts en effet, nous en trouvons 6 dues à la généralisation de la tuberculose, 2 à de l'entérite bacillaire non préexistante ; dans deux cas, enfin, nous voyons se développer consécutivement la phthisie pulmonaire qui cause même une mort. Un autre point qui se détache nettement, c'est la nécessité de pratiquer, toutes les fois que cela se peut bien entendu, l'ablation des annexes malades. Ceci ressort surtout des résultats obtenus, dans les péritonites généralisées. Alors, en effet, que la laparotomie simple ou avec ouverture des abcès tubaires ou ovariens, a, dans 9 cas, été suivie de 7 morts, cette même opération, complétée par l'extirpation des organes génitaux internes, n'a donné sur 13 cas que 4 morts.

En résumé : dans les pelvi-péritonites d'origine génitale, la laparotomie a donné en bloc : mortalité 25 %, guérison 75 %.

Dans les péritonites généralisées, les résultats ont été : 57,45 % morts, 66,66 % guérisons, dont 27,27 % pouvant être considérées comme définitives ont toutes été consécutives à l'ablation des annexes. — Dans les formes enkystées, la mortalité a été 25 % les guérisons 75 % dont 50 % définitives.

OBSERVATIONS

Adultes.

OBSERVATION I (obs. XXXVI *in* thèse Pic). — Marie G..., 18 ans, dévideuse, demeurant à Vesc (Drôme), entrée salle Saint-Paul, n° 78, le 24 juin 1889. Ventre très augmenté de volume. Sensation de flot très nette. Symptômes de péritonite tuberculeuse à forme ascitique.

1^{er} juillet 1889. — M. Poncet pratique une laparatomie partielle : petite incision sur la ligne blanche, entre l'ombilic et le pubis. Péritoine pariétal épaissi ; dès qu'on l'a incisé, il s'échappe une grande quantité de liquide citrin, très mousseux ; on constate alors que le péritoine est granuleux. Suites opératoires simples ; température oscille entre 39° et 37°9. A partir du 6 juillet, apyrexie totale. Réunion par première intention. Sortie en août 1889.

Le 27 septembre 1890, lettre du D^r Benoît, de Dieulefit (Drôme), disant que, six mois après sa sortie de l'hôpital, il a examiné cette jeune fille et a trouvé que le péritoine était revenu à l'état normal.

A la date du 17 juin 1892, M. le D^r Benoît a l'obligeance de nous écrire ce qui suit :

La fille G... jouit d'une santé parfaite. L'opération de laparatomie pratiquée sur elle par M. le D^r Poncet a été couronnée d'un succès complet et durable.

OBSERVATION II (obs. XLII *in* thèse Pic). — Marie G..., 18 ans, dévideuse, née à Fitignieu, demeurant à Argis (Ain), entrée le 9 août 1890.

Père, mère, frères et sœurs en bonne santé. — Réglée depuis l'âge de 14 ans, régulièrement et d'une façon normale ; jamais malade, sauf à 10 ans. Au mois de janvier dernier, points à la poitrine et aux côtés ; l'appétit diminua un

peu. Au mois d'avril, les points cessèrent et le ventre grossit uniformément.

Actuellement, ventre volumineux ; matité ne se déplaçant pas d'une façon sensible. Sensation de flot très nette. Rien au toucher vaginal, ni au toucher rectal. Rien du côté de la miction, ni de la défécation. Amaigrissement. Sueurs vésérales. — Râles au sommet droit.

13 octobre 1890. — Laparotomie médiane. Issue de 3 litres de liquide citrin ; pas de pus. Quelques adhérences des anses intestinales entre elles. Rien aux annexes. Semis de granulations de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une petite noisette, couleur rouge vif, saillantes sur un péritoine très congestionné. On laisse un crayon d'iodoforme dans la cavité abdominale que l'on ferme par un double plan de sutures.

27 octobre. — Aucune douleurs depuis l'opération. Les fonctions intestinales et vésicales se font bien. Pas de vomissements. La température, qui oscillait entre 38 et 38°,5 est devenue normale depuis l'opération. On enlève les fils. Réunion par première intention. Le ventre a repris son volume normal. La malade retourne à la campagne, paraissant guérie.

Nous faisons revenir la malade à l'Hôtel-Dieu le 21 octobre dernier, nous constatons que la cicatrice a cédé sur à peu près toute son étendue ; à sa partie inférieure, la peau, très distendue forme une espèce de poche grosse comme un poing volumineux, retombant en besace jusque sur le pubis et contenant dans son intérieur une anse intestinale facilement réductible dans l'abdomen. En dehors de cela, le ventre est normal, non augmenté de volume, souple et indolore dans toute son étendue ; il est impossible d'y sentir la moindre tumeur, et la sonorité est parfaite partout. La malade respire la santé ; c'est une forte paysanne aux joues pleines et hâlées, aux membres robustes, à la poitrine et au ventre chargés d'une couche adipeuse épaisse ; elle a très bon appétit, digère très bien, ni diarrhée ni constipation ; elle ne tousse ni ne crache, fait sans trop de fatigue un travail très pénible de domestique dans une grande maison et se trouverait très bien, n'était son infirmité. Règles régulières et

normales, rien à l'auscultation pulmonaire, rien au toucher vaginal.

28 octobre 1892. — M. le Pr Poncet lui pratique la cure radicale de son éventration; il incise le feuillet pariétal suivant toute la longueur de la cicatrice sur une largeur d'un travers de main de chaque côté de la cicatrice, vascularisation considérable du péritoine un peu épaissi, gris blanchâtre, d'aspect fibroïde, présentant en miniature, comme dans un hygroma, un état plus ou moins cloisonné. Pas trace de liquide dans la cavité abdominale, et nulle part on ne peut apercevoir de granulations tuberculeuses. Péritoine viscéral comme dépoli, très légèrement villeux, d'une teinte rose plus marquée qu'à l'état normal, mais point de brides, d'adhérences ou de fausses membranes.

La malade, présentée le 5 décembre dernier, par M. le Pr Poncet à la Société des sciences médicales de Lyon, repart le lendemain pour la campagne.

Examens bactériologique et histologique.

Lors de la laparotomie, M. Courmont inocule 2 cobayes avec :

I. 5 cent. cubes du liquide péritonéal dans la péritoine.

II. 1 tubercule péritonéal broyé sous la peau de la cuisse.

17 novembre 1890. — Mort du cobaye n° 1. Rien à l'autopsie.

20 novembre. — Le cobaye n° 2 est sacrifié, vigoureux. Il présente un abcès caséux du point d'inoculation et de nombreux ganglions tuberculeux. Quelques tubercules dans la rate, rien dans le foie et les poumons.

Le 28 octobre 1892, M. Dor inocule à un cobaye un fragment de péritoine recueilli au moment de la cure radicale de l'éventration, ce cobaye meurt le 4 novembre. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion, à part un ganglion lombaire douteux; avec ce ganglion, M. Dor inocule le même jour un deuxième cobaye; celui-ci, à son tour, meurt le 12 novembre. A son autopsie, on ne trouve pas de ganglions caséux dans les aines et les aisselles. L'examen du sang ne montre ni bacilles ni streptocoques; d'autre part, des cultures faites avec le péritoine de la malade sont restées stériles.

OBSERVATION III (obs. XLI de la thèse de Pic). — Elisa B..., 30 ans, demeurant à Vizille, entrée le 26 juin 1890, sortie le 15 juillet 1890.

Pas d'antécédents héréditaires. — Pas de scrofule dans l'enfance. Il y a trois ans pleurésie gauche. Jamais d'hémoptysies. Trois enfants : le premier seul vivant et bien portant. Le dernier accouchement date de huit ans, et, comme les autres, n'a été suivi d'aucune complication abdominale. Règles ordinairement normales; cependant en janvier et février, elles furent très diminuées. Depuis mars (date du début de la maladie), menstruation sans irrégularités ni douleurs.

Il y a trois mois (mars), pendant une quinzaine de jours, état légèrement fébrile, frissons, mais ni vomissements ni troubles généraux. Pendant ces quinze jours, le ventre augmente considérablement, mais n'est le siège d'aucune douleur spontanée ou provoquée. Jamais d'autre œdème.

Depuis six semaines, au-dessous de l'ombilic et jusqu'au pubis, rougeur et empâtement faisant bourrelet. Actuellement, ventre globuleux, peu étalé latéralement, tombant au contraire un peu en avant du pubis sous forme d'un tablier très étroit rougeâtre et mobile. Palpation : pas de tumeur perceptible. Percussion : sonorité exagérée au niveau de l'ombilic; flancs sonores; matité complète seulement sur un petit espace large comme la main au-dessus du pubis et un peu à gauche de la région médiane correspondant au tablier décrit plus haut. Pas de sensation très nette de flot. Pas de douleurs spontanées ni provoquées, sauf dans le bourrelet œdémateux. Pas de dilatation des veines abdominales sous-cutanées.

Toucher vaginal : col très abaissé, très mobile; l'utérus cependant n'est pas assez fuyant pour permettre d'affirmer l'ascite. Légère induration douloureuse dans le cul-de-sac latéral gauche. Le palper bimanuel ne donne la sensation d'aucune tumeur, d'aucune collection liquide.

Cœur normal, quoique rapide. Foie paraît normal. Les sommets des poumons paraissent intacts. Urines sans albumine. Température, 38°4. Un peu de perte de l'appétit. La malade prétend avoir beaucoup maigri depuis le début de

sa maladie. — Diagnostic : épanchement péritonéal dépendant d'une péritonite tuberculeuse ayant son point de départ probable dans une salpingo-ovarite (?).

28 juin 1890. — Laparotomie, incision médiane de 10 à 12 cent. Le péritoine ouvert, il s'en écoule une grande quantité de sérosité jaune citrin assez liquide. Péritoine épaissi, très vascularisé, absolument semé de granulations blanchâtres de la grosseur d'un grain de mil. Aucune adhérence dans la cavité abdominale; les anses intestinales semblent absolument indépendantes. Les annexes de l'utérus (les gauches spécialement examinées) paraissent saines au toucher. On vide le plus possible la cavité péritonéale; on ne lave pas et on referme par des sutures à double étage (musculaires et cutanées séparées) au fil de soie. Pansement antiseptique.

Suites opératoires. 10 juillet. Premier pansement; réunion par première intention; plus d'ascite, un peu de météorisme. Température oscille entre 40 et 39° pendant quelques jours.

2 juillet. — Petit abcès sous-cutané autour d'un fil. Incision.

15 juillet. — État général presque satisfaisant. Départ pour Vizille.

15 octobre. — M. le Dr Dumolard trouve une fistule au niveau de la plaie opératoire, paraissant pénétrer jusqu'à une induration siégeant au niveau de la région cæcale. Toutefois « l'état général de la malade est très bon, elle prend de l'embonpoint. Pas de diarrhée, pas d'ascite et peu de coliques; rien aux poumons. »

Au commencement du mois d'août dernier, M. le Dr Dumolard, de Vizille, a l'extrême obligeance de nous donner des nouvelles de la malade. Nous ne saurions mieux faire que de citer sa lettre :

« M^{me} Elisa B... est aujourd'hui complètement guérie. Depuis le mois de décembre dernier, la fistule est fermée et l'induration que l'on sentait sous la cicatrice a disparu. M^{me} B... a engraisé, elle est forte et elle travaille tous les jours; les fonctions organiques s'accomplissent régulièrement, elle est bien réglée, elle mange et digère convenablement. L'examen de la poitrine, par la percussion et par

l'auscultation, me permet de constater que les poumons sont intacts. J'estime que M^{me} B... a pris plus de 20 livres depuis son retour de Lyon.

OBSERVATION IV (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Jaboulay). — F... (Marie), 28 ans, demeurant à la Broidre (Savoie), entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 12 août 1891, sortie le 6 septembre.

Pas d'antécédents héréditaires. — Bonne santé habituelle, jamais aucune maladie. Réglée depuis l'âge de 16 ans, toujours régulièrement; mariée à 22 ans, elle a eu deux enfants.

Deux mois après son dernier accouchement, en juin 1891, la malade se sentit fatiguée. Céphalalgie et nausées à peu près continuelles. Sommeil agité, coliques fréquentes surtout la nuit; en même temps son ventre augmentait de volume et était le siège d'une douleur spontanée, exagérée par la pression. Envies très fréquentes d'uriner, surtout pendant la marche; chaque miction de quelques gouttes seulement s'accompagnait d'une sensation de brûlure très vive dans l'urèthre. Dernières règles au commencement de juillet; dès lors le ventre s'accrut très rapidement, sans que l'emploi de diurétiques amenât aucun soulagement. Jamais de diarrhée, constipation au contraire constante.

A l'entrée, femme amaigrie, très pâle, extrêmement faible, pouvant à peine se tenir sur ses jambes; inappétence complète, nausées perpétuelles. Constipation, miction à peu près impossible; respiration gênée par l'épanchement; ventre très gros, saillant en avant, ombilic déplissé et exubérant, circulation veineuse sous-cutanée très développée. A la percussion, matité à peu près dans toute l'étendue de l'abdomen, sauf au niveau de l'épigastre. Matité dans les flancs se déplaçant très peu avec les divers mouvements. A la palpation, paroi tendue, rénitente; la pression n'est plus douloureuse; nulle part de masses dures. Sensation de flot extrêmement nette. La malade ne tousse ni n'a jamais toussé; pas de sueurs nocturnes. A l'auscultation pulmonaire, aucune lésion.

14 août. — Laparotomie par M. le professeur agrégé Jaboulay. Aussitôt après, incision du péritoine pariétal,

issue d'une très grande quantité (environ 15 à 20 litres) de liquide jaune citrin. Sur toute l'étendue des feuillets viscéral et pariétal, innombrables granulations miliaires grisâtres. M. Jaboulay attire au dehors le paquet intestinal et pratique le lavage de la séreuse avec de l'eau boricuée chaude. Il étanche ensuite avec des tampons le liquide resté dans la cavité, essuie toutes les anses intestinales et les réintègre dans l'abdomen, dans la cavité duquel il jette quelques grammes de poudre d'iodoforme. Suture de la plaie.

Suites opératoires très simples. La température ne dépasse pas 38° et redevient normale le quatrième jour. La malade est très soulagée; dès le lendemain de l'opération, elle respire librement. Au bout de 10 jours, réunion par première intention. La malade part à la campagne, le ventre est souple, et sans ascite.

Elle nous donne de ses nouvelles le 15 décembre dernier : « Depuis ma sortie de l'hôpital, nous écrit-elle, je suis toujours allée de mieux en mieux. Je n'ai pas refait de maladie sérieuse, mais je suis parfois indisposée : j'ai des coliques, le ventre me fait mal, mais il ne grossit pas. Je n'y sens pas de masse dure, ni de liquide, je l'ai au contraire bien petit. Je n'ai pas beaucoup engraisé; je pesais, en sortant de l'Hôtel-Dieu, 50 kilogrammes et maintenant j'en pèse 55... Je fais quelque travail que ce soit, ça ne me fatigue pas... J'ai bon appétit, bon sommeil... Je n'ai jamais toussé... Je ne souffre plus en urinant, et n'en éprouve plus le besoin à chaque instant... Je n'ai jamais eu de diarrhée, je suis toujours un peu constipée... Quant à mes règles, je perds beaucoup, je les ai souvent : en 3 mois je les ai bien quatre fois. Je n'ai eu depuis ni fausse couche ni enfant. » La malade termine ainsi : « Sauf quelques petites indispositions, ma santé est généralement assez bonne. »

OBSERVATION V (due à l'obligeance de M. le Dr Tellier). — G... (Antoinette), 20 ans et demi, demeurant à Lyon, entrée le 4 juillet 1890 à la Charité, II^e infirmerie, lit n° 9, sortie le 16 août.

Pas d'antécédents héréditaires. Frères et sœurs bien portants. — Bonne santé habituelle. Séjour à l'Hôtel-Dieu

au mois d'avril 1889 pour un point douloureux dans la fosse iliaque et qu'on a dit à la malade être une névralgie(?). Névropathie. Réglée à 15 ans et demi. Depuis le début de l'affection actuelle, les règles ont la même régularité, la même durée (6 jours), mais sont la moitié moins abondantes qu'auparavant.

Il y a 6 ou 7 mois, la malade constata que son ventre était devenu plus volumineux, c'est le seul symptôme auquel elle ait prêté attention. Depuis 5 ou 6 mois il a le volume actuel. A la palpation, tumeur rénitente, lisse, plus dure à gauche, remontant jusqu'au milieu de la ligne ombilico-pubienne. A son niveau, matité à la percussion. Rien à l'auscultation.

Toucher vaginal. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur en rapport avec la tumeur abdominale, dont elle suit les mouvements. Cette tumeur est cependant relativement fixe. Col aplati et rejeté contre le pubis. Orifice du museau de tanche un peu ouvert. Le canal utérin, légèrement dévié à gauche, mesure 8 cent. 5.

Par le toucher rectal on sent la même tuméfaction, mais on n'obtient pas de renseignements nouveaux.

Bon état général, à part un peu d'anémie. Constipation légère. Rien du côté de la miction. Rien au cœur ni aux poumons. Examen des urines négatif.

6 juillet. — Opération par M. le professeur Fochier. Laparotomie médiane sous-ombilicale. On tombe sur une masse liquide enkystée avec de nombreuses adhérences qui rendent impossible l'isolement de la tumeur. Ces adhérences existent de tous les côtés, et le doigt promené autour de l'incision ne permet de les détruire que sur une étendue de 1 à 2 centimètres. A droite, on peut constater cependant que ces adhérences unissent très intimement la poche et des anses intestinales, en particulier le gros intestin (cæcum). Marsupialisation.

Suites opératoires très simples. A la fin de juillet la malade est transportée dans le service de M. Laroyenne, d'où elle sort dans les premiers jours d'août.

6 février 1891. — On revoit la malade. Bonne santé depuis l'opération. Le volume du ventre est moindre qu'avant la laparotomie, mais cependant supérieur à ce qu'il était avant

le début de l'affection. On sent toujours à gauche une grosse masse dure, rénitente, un peu moindre qu'avant l'opération. A droite, les masses ont complètement disparu ou à peu près. Éventration légère. Bon état général. Menstruation à peu près normale.

OBSERVATION VI. — D... (Augustine), 23 ans, demeurant à Lyon, entrée à l'Hôtel-Dieu le 26 avril 1892, sortie le 10 mai.

Père mort à 68 ans d'une affection qualifiée par la malade de gastro-entérite. Mère tousse et crache. — Variole en bas âge. Réglée à 13 ans ; menstruation régulière. Mariée à 19 ans ; quelques pertes blanches depuis. Ni enfant ni fausse couche. Depuis 1 an environ, dans la région sus-ombilicale, douleurs vagues, survenant surtout les jours de fatigue, sans rapport avec les règles ou les repas. Au mois de novembre, elles sont devenues constantes, plus aiguës, avec gonflement du ventre, fièvre peu élevée, perte de l'appétit. Après 15 jours, cet état disparut et la malade n'en conserva qu'un peu d'amaigrissement et de faiblesse. Depuis lors, elle a constaté dans son ventre une tumeur dure et un peu douloureuse. De temps en temps, léger gonflement abdominal. Pas de douleurs spontanées. Aucun trouble digestif.

Examen. — Malade, teint pâle, blanc terne. Léger amaigrissement. Abdomen non volumineux ; ombilic non distendu ; pas de circulation sous-cutanée. Dans la région péri-ombilicale, masse dure lobulée, légèrement douloureuse à la pression, sans relation avec le foie, l'estomac et les viscères voisins. Ses mouvements ne se transmettent pas à l'utérus. Légère diminution de la sonorité superficielle à son niveau ; sonorité profonde conservée. Flancs sonores. Toucher vaginal : culs-de-sac libres et souples, col normal un peu rejeté en arrière et à gauche. Poumons : rien.

30 avril. — Laparotomie. Incision médiane sous-ombilicale de 8 centimètres. Intestin grêle, sans tendance à faire hernie au dehors, recouvert de granulations presque de dimension d'une moitié de petit pois. Granulations identiques sur le péritoine pariétal. Masses dures intra-abdominales. Gâteau épiploïque tuberculeux de trois travers de doigt de

large. Issue d'un demi-verre environ de liquide sanguinolent. 2 à 3 grammes d'iodoforme sont jetés dans la cavité abdominale. Suture à trois étages.

Nous avons revu la malade le 1^{er} décembre 1892. Elle a passé quatre mois à la campagne, où elle s'est bien soignée. Depuis quatre mois, aucun malaise abdominal, ni pesanteur, ni point douloureux comme auparavant. Toutes les apparences de la plus belle santé : elle est grasse, fraîche et dit avoir pris 10 kilogrammes. Elle se trouve absolument comme avant le début de son affection. Règles restées normales. Les pertes blanches, plus abondantes pendant sa maladie, ont décré depuis lors, mais existent encore. Ventre souple, indolent à la pression, sauf au niveau de la cicatrice, qui est parfaite. La malade, qui a l'habitude de l'exploration de son ventre, prétend ne plus sentir de masses dures. Toucher vaginal : aucune particularité. Palper bimanuel : rien du côté de l'utérus ou du côté des annexes.

Pas de ganglions. Pas de toux. Rien aux poumons. Bonnes digestions.

OBSERVATION VII (obs. XLIII *in th.* Pic). — Colombe T..., 19 ans et demi, domestique, demeurant à Saint-Just-la-Pendue (Loire). entrée le 23 octobre 1890, salle Saint-Paul, n° 103.

Père mort à 38 ans, phtisique. Mère en bonne santé; quatre frères bien portants. Un frère mort en bas âge des convulsions. — La malade a toujours été délicate; elle est réellement malade depuis plusieurs années avec alternatives d'amélioration et d'exacerbation. A 14 ans, anémie. Depuis deux ans, tousses l'hiver. Réglée à 18 ans, d'abord irrégulièrement, irrégulièrement depuis un an. Leucorrhée fréquente. Il y a un an, soignée dans le service de M. le Dr Clément pour une pleurésie gauche qui s'accompagna d'hémoptysies et nécessita un séjour de trois mois à l'hôpital. Elle retourna chez elle. Pendant deux mois, aménorrhée; quinze jours après son départ de l'hôpital elle s'alita de nouveau : points de côté, dyspnée, quintes de toux. En avril 1890, elle rentre à la IV^e salle des femmes pour une péritonite (augmentation du volume du ventre, fièvre de 40°, douleurs, vomissements). Traitement

médical institué n'empêche pas la maladie de progresser. Actuellement, malade amaigrie, pâle; pommettes rouges, sueurs nocturnes, toux fréquente avec hémoptysies de temps à autre. Anorexie, ballonnement du ventre, constipation, diarrhée rare, plus de vomissements.

Le ventre était, au dire de la malade, plus gros au mois de mai; cependant son augmentation de volume est encore manifeste; il est assez souple, sauf à gauche où il présente une induration douloureuse à la pression. Percussion: matité dans les flancs; à gauche, cette matité varie un peu, suivant les changements d'attitude; à droite, elle est fixe. Pas de sensation de flot. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué. Matités hépatique et splénique normales. Poumons: affaissement notable de la paroi thoracique du côté gauche, où a siégé la pleurésie. Submatité au sommet gauche, en arrière, avec retentissement de la toux et quelques frottements pleuraux. Mêmes signes en avant sous la clavicule gauche. Rien au cœur. Un peu d'œdème malléolaire lorsque la malade s'est tenue debout.

27 octobre. — Laparotomie médiane. Péritoine pariétal très épaissi, comme lardacé; aussitôt après l'avoir incisé, M. Poncet tombe sur les anses intestinales adhérentes entre elles, mais non à la paroi. Le péritoine viscéral, comme le péritoine pariétal, est couvert d'une infinité de granulations grises avec quelques légers exsudats pseudo-membraneux. Pas de liquide, M. Poncet avec le doigt explore le petit bassin; péritoine pelvien entièrement granuleux, mais également partout; les annexes paraissent indemnes de toute altération. Lavage à l'eau boriquée bouillie (à 45°), étanche le liquide avec des tampons stérilisés, abandonne un crayon d'iodoforme dans la cavité péritonéale; suture profonde, péritonéale, au catgut, suture superficielle au fil de soie. Pansement légèrement compressif.

Sauf une élévation de la T. R. à 38°4 le surlendemain de l'opération, la T. R. reste normale. Au bout de quelques jours la malade reprend appétit et demande des aliments.

8 novembre. — La malade ne souffre pas du ventre et se déclare améliorée. La constipation persiste. Bon état général, teint frais, un peu trop coloré quelquefois au niveau des pommettes. La malade tousse toujours un peu; avant-hier

quelques crachements de sang. A l'auscultation : en arrière, expiration prolongée dans toute la hauteur du poumon gauche ; en avant, à droite, submatité, inspiration saccadée et rude, expiration soufflante ; à droite, rien d'anormal.

15 novembre. — État général très bon, la malade paraît engraisser, elle est toujours apyrétique. Réunion par première intention. Ventre non douloureux mais toujours un peu ballonné.

L'examen histologique d'un fragment du péritoine, pratiqué par M. Bard, agrégé, démontre la nature nettement tuberculeuse de l'affection. — A l'autopsie d'un cobaye, inoculé le 28 octobre avec un autre fragment du péritoine, et sacrifié le 30 novembre, on trouve un abcès caséux du point d'inoculation et de nombreux ganglions tuberculeux.

D'une lettre datée du 4 août dernier, que nous avons reçue de Colombe T..., nous extrayons les passages suivants :

« Après mon opération, j'ai eu un grand mieux, mais je n'étais pas complètement guérie. Pendant longtemps, mon ventre enflait à la moindre fatigue, et j'étais obligée de me mettre au lit. Je ne pouvais faire que de très petites courses à pied et encore cela me fatiguait beaucoup. L'année passée, au mois de juin, j'ai essayé de me placer, mais je n'ai pas pu faire le travail qu'exigeait ma maîtresse, travail que je faisais autrefois sans trop de peine, alors même que je n'ai jamais été forte. J'ai quelquefois des vomissements comme autrefois, des douleurs sourdes dans le ventre et au côté gauche, mais c'est insignifiant et ne m'empêche pas de travailler. Je crois que je suis tout à fait guérie. »

La malade ne nous ayant donné aucun renseignement touchant la tuberculose pulmonaire dont elle avait présenté des symptômes pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, nous lui écrivons de nouveau à ce sujet, et voici ce qu'elle nous répond à la date du 11 novembre 1892 :

« Depuis ma sortie de l'Hôtel-Dieu, je tousse toujours un peu, moins cependant que les premiers temps, mais mes rhumes sont fréquents, et je suis obligé de prendre bien des précautions. Je crache beaucoup et il m'arrive souvent de cracher des filets de sang, mais jamais du sang pur. La nuit

je transpire toujours un peu, mais bien moins depuis quelques mois.

« J'ai assez bon appetit, voilà quelque temps ; c'est un peu par boutades : il y a des jours que je mange et d'autres non ; mais je n'ai pas à me plaindre. Je n'ai pas beaucoup engraisé, et je ne saurais vous dire combien j'ai pris de kilos, peut-être deux ou trois. Je suis toujours maigre, mais j'ai pris le teint clair et naturel.

« Mes règles ne sont pas toujours régulières : du mois de juin au mois de septembre, elles n'ont pas cessé : un jour très abondantes, l'autre jour moins, mais elles ne s'arrêtaient pas ; cela m'avait bien affaibli. Voilà deux fois cependant qu'elles ont été régulières ; je ne sais pas si cela durera, je ne le pense pas, elles ne l'ont jamais été ; quant à la qualité, je n'y ai jamais fait attention.

« Au mois de septembre, j'ai voulu entreprendre un travail, sinon pénible, du moins plus fatigant que celui que je fais ; j'ai été obligée de le laisser, j'avais des vomissements, mon ventre avait enflé et le côté gauche me faisait mal. Je vais bien, mais il ne faut pas que je fasse rien de pénible. Quand je sors le matin, je suis toujours fatiguée dans la journée. »

Ces renseignements nous sont confirmés, à la date du 16 novembre 1892, par M. le D^r Hanotte qui ajoute :

Examen de la poitrine : La palpation détermine de la douleur dans le creux sous-claviculaire gauche. Percussion : submatité à gauche. Auscultation : poumon gauche, inspiration et expiration prolongées ; pas de craquements. Poumon droit sain.

OBSERVATION VIII (personnelle). — J... (Césarine), 16 ans, demeurant à Voiron (Isère), entrée, salle Saint-Paul, le 22 juin 1891, sortie le 12 juillet. — Envoyée par M. le D^r Dumarest (de Voiron), qui veut bien nous donner les renseignements suivants :

« Père et mère, 4 frères ou sœurs bien portants. La petite malade chétive, ne toussant pas, a déjà été réglée quatre fois. — Je suis appelé en mai 1891 pour combattre des douleurs abdominales violentes, qu'on suppose se rattacher à la

menstruation. Je constate l'existence d'une tumeur abdominale qui, dans le courant de juin, s'accroît d'une façon très apparente. Ce qui domine tout, c'est l'existence de douleurs abdominales épouvantables qui tordent la pauvre enfant et la font crier. Elles sont tellement fortes, qu'il m'est arrivé de faire coup sur coup deux injections hypodermiques et que je fus amené à donner en petits lavements (à garder) jusqu'à 0 gr. 04 cent. de chlorhydrate de morphine, dose énorme, la jeune fille ne pesant pas plus de 30 à 35 kilogrammes. — La violence de ces douleurs n'avait d'égale que leur intensité; pendant deux mois, ce fut un effroyable martyre. L'idée d'une intervention chirurgicale fut accueillie avec empressement, et la malade confiée à M. le P^r Poncet. »

A l'entrée, jeune fille pâle, amaigrie, d'aspect un peu infantile. Perte d'appétit, digestions difficiles. Pas de vomissements. Constipation à peu près continuelle. Sommeil agité. Légère température, 37°5 à 38°. Les règles n'ont pas reparu depuis le mois de janvier. Pas de toux ni de sueurs nocturnes; jamais d'hémoptysies. La malade se plaint surtout de douleurs violentes dans tout l'abdomen, qui surviennent spontanément et la font horriblement souffrir. Abdomen augmenté de volume, dur, tendu, à peine sensible à la pression. A la palpation, un peu partout, masses dures plus ou moins irrégulières, dont une surtout, s'étendant dans les régions péri et sous-ombilicales, est volumineuse. Pas de sensation de flot. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué.

24 juin 1891. — Laparotomie par M. le P^r Poncet. Incision médiane sous-ombilicale de 5 à 6 centimètres. Vascularité considérable de la paroi. Le péritoine pariétal, adhérent au grand épiploon, forme avec celui-ci et les anses intestinales une masse confuse recouverte de granulations très abondantes. Le doigt introduit dans la plaie décolle avec soin et peu à peu le feuillet pariétal de l'épiploon et parvient à pénétrer dans la cavité abdominale. Il y sent de toutes parts des masses dures, de véritables gâteaux tuberculeux. Point de liquide. Pour ne pas provoquer de déchirure intestinale, on borne là l'intervention, et on referme le ventre après avoir abandonné dans la plaie un crayon d'iodoforme de 4 à 5 centimètres.

Suites opératoires très simples. Pendant les deux ou trois premiers jours, la température vespérale ne dépasse pas 38°5 et redevient normale ensuite. Les douleurs abdominales existent encore, mais ont diminué d'intensité. Le 1^{er} juillet, on enlève les fils à sutures; réunion par première intention. Lors du deuxième pansement, on constate que la cicatrisation est parfaite, que le ventre a diminué de volume et a acquis de la souplesse. La malade part pour chez elle le 12 juillet.

Le 25 octobre 1892, M. le D^r Dumarest, que nous ne saurions trop remercier pour l'amabilité et l'empressement qu'il a mis à nous rendre service chaque fois que nous le lui avons demandé, nous écrit ce qui suit :

« L'état général est très satisfaisant. La jeune fille, peu après son retour de Lyon, en août 1891, pesait 31 kilogrammes; au printemps 1892, son poids montait à 41 kilogrammes; aujourd'hui même il est de 44 kilogrammes. — A la fin de 1891, les douleurs violentes dans l'abdomen étaient encore fréquentes et ne pouvaient être soulagées que par de grosses doses de morphine prises en lavements. Ces douleurs deviennent de plus en plus rares; la dernière forte crise remonte à deux mois, à la suite d'une course en voiture de 22 kilomètres. Il n'y avait pas eu de selle la veille; un lavement simple produisit un rapide soulagement.

« La jeune fille qui avait été réglée quatre fois en 1890 ne l'a pas été depuis lors. Quelques pertes blanches.

« Jolie mine, appétit régulier, fonctions digestives normales. Pas de toux. Aucune trace de tuberculose, ni aux poumons, ni aux os, ni aux articulations.

« La cicatrice est tout à fait blanche, un peu saillante au niveau des points de suture. L'embonpoint et la résistance des parois rendent l'exploration profonde difficile. Il semble qu'on retrouve à droite et en bas de la cicatrice un peu d'empâtement: c'est peu accentué; très certainement, il s'est produit une réduction dans le volume de ce qui restait des tumeurs après l'opération; c'est mon impression très nette.

« Bref, je suis très surpris des heureux résultats d'une intervention chirurgicale qui était restée forcément incomplète. La jeune fille, bien que nerveuse et délicate, voit son

développement se faire d'une façon inespérée, et sa situation actuelle est vraiment bonne. »

Tout dernièrement, à la date du 15 décembre, M. le Dr Dumarest avait encore l'obligeance de nous écrire :

« Actuellement, cette jeune fille est fraîche, rose, d'aspect florissant; elle ne souffre plus, elle marche, travaille sans aucune douleur, et son développement est très satisfaisant. Toute sa famille la considère comme entièrement guérie. »

OBSERVATION IX (due à l'obligeance de M. le Dr Tellier). — S.... (Joséphine), 32 ans, cuisinière, habitant à Champagne (Ain), entrée le 28 mai 1890 à la Charité, sortie au commencement de juillet.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 68 ans, cardiaque. Mère bien portante. Sœurs en bonne santé.

Antécédents personnels. — Bonne santé habituelle. Réglée à 15 ans, bien régulièrement. Pas d'enfant, ni de fausses couches. A 14 ans ascite, ponctionnée par le Dr Brillat-Savarin, qui diagnostiqua une péritonite tuberculeuse. Depuis cette époque, le ventre reste assez gros, un peu moins toutefois qu'actuellement.

Il y a sept mois, sans cause appréciable, douleurs dans les reins et dans l'abdomen. Augmentation du ventre. Depuis quelques mois règles plus abondantes, mais aussi régulières que d'habitude; aujourd'hui état identique de la menstruation. — Traitement par les sangsues et la révulsion. Le ventre diminue un peu.

Actuellement, par le palper abdominal, tumeur occupant la fosse iliaque et l'hypogastre du côté droit, envoyant un prolongement jusqu'au-dessus de la fosse iliaque gauche, régulière, lisse, homogène, rénitente, sans sensation de flot, indolore. Sonorité dans les flancs, un peu moins nette au niveau de la tumeur. Rien à l'auscultation de cette tumeur. Au toucher vaginal: utérus petit, dur, horizontal, indépendant de la tumeur. La cavité utérine mesure 6 centimètres. Rien par le toucher rectal.

Troubles gastriques. Dyspepsie. Coliques fréquentes, ressemblant à des crises d'occlusion intestinale. Un peu de

toux. Rien à l'auscultation des poumons. Cœur, premier bruit légèrement soufflant. Rien aux urines.

12 juin. — Opération par M. le professeur Fochier. Incision sous-ombilicale de 8 centimètres sur la ligne médiane. Arrivé dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, on incise le péritoine avec précaution. On tombe sur des anses intestinales adhérentes à la paroi et agglutinées entre elles. En essayant de détacher ces adhérences, on arrive seulement à mettre à nu la couche musculaire de l'intestin. La même tentative est renouvelée en un autre point avec le même résultat. En présence de cette impossibilité de pénétrer entre les anses intestinales, on renonce à poursuivre plus loin l'opération et on referme le ventre. — Suites opératoires excellentes. La température ne dépasse pas 38°5. Les coliques cessent et les matières reprennent leur cours quatre jours après l'intervention.

La malade quitte le service au commencement de juillet, guérie de l'opération.

En août 1890, elle est prise d'une diarrhée intense qui dure deux mois et demi; en même temps, douleurs lancinantes dans tout le ventre, qui persistent jusqu'en novembre.

A la même époque, quinze jours après la cessation des douleurs abdominales, au niveau de la cicatrice de la laparotomie, se forme un abcès qui s'ouvre spontanément pour donner issue à du pus et à des matières fécales. L'ouverture se transforme en fistule qui existe encore aujourd'hui. En juin 1891, le même jour, par cette fistule sortirent trois ascarides. Pendant les trois ou quatre mois suivants, la malade rendit par la même voie un lombric chaque mois; de nouveau, en avril et en juin de cette année, la fistule a livré passage à un ver. De juin 1891 à juin 1892, la malade, à la suite d'ingestion de semen-contra, n'a expulsé qu'un lombric par l'anus.

La malade rentre à la clinique de M. le Pr Poncet le 18 octobre 1892, pour une tumeur au niveau du sein gauche datant du mois d'août de cette année, qui a le volume d'un œuf, est adhérente aux parties sous-jacentes, mais indépendante de la glande mammaire. Elle est fluctuante et paraît être un abcès froid. On l'incise le 19 octobre, il en sort un pus crémeux; on ne peut trouver de point osseux.

Nous examinons alors la malade et constatons que son abdomen a un volume normal. Il est souple, non tendu, non douloureux, ni spontanément ni à la pression. Pas de liquide perceptible. Pas de matité ni de tumeur, sauf à 3 ou 4 travers de doigt au-dessus de la crête iliaque droite où l'on constate une corde dure, horizontale, large de 2 travers de doigt à peu près, se prolongeant sur une étendue d'une dizaine de centimètres jusqu'au niveau de la ligne blanche. Cette tumeur est parfois douloureuse spontanément et à la pression. Au milieu de l'ancienne cicatrice, se trouve une fistulette très étroite par laquelle depuis trois mois ne sortent plus de matières et qui ne suppure plus depuis quelques jours.

La malade est une femme assez robuste, aux joues pleines, au teint hâlé, aux membres doublés d'un panicule adipeux assez épais. Bon appétit, digestions normales. Sommeil parfait. Elle ne tousse ni ne crache; à l'auscultation pulmonaire, aucun signe pathologique. Les règles sont revenues huit mois après la laparotomie et ont toujours été régulières depuis. La malade n'a pu faire aucun travail pendant un an et demi, mais depuis quelque temps, elle peut se livrer sans fatigue aux mêmes occupations (couture et petit ménage) qu'auparavant. Elle est très affirmative sur la régression de ses tumeurs abdominales dont elle a pu suivre la marche, et elle est enchantée de l'opération qu'elle a subie, malgré la persistance de sa fistule, à tel point qu'elle quitte le service pour en éviter la cautérisation au nitrate d'argent.

OBSERVATION X (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé Chandelux, suppléant de M. le professeur Poncet.

R... (Étienne), 56 ans, manoeuvre, demeurant à Oullins, entré à l'Hôtel-Dieu le 29 août 1892. Père mort à 52 ans d'une pleurésie tuberculeuse. Mère morte d'une attaque d'apoplexie foudroyante. Un frère mort à 2 ans d'affection inconnue.

En 1875, le malade aurait eu une arthrite aiguë du poignet qui aurait duré un mois et demi et n'a pas laissé de traces.

Il y a douze ans, légère pleurésie droite à début brusque avec frissons et fièvre, ayant évolué en deux mois. Depuis cette époque, le malade a toujours toussé et craché (expectoration abondante de couleur blanche). A la suite, croit-il,

d'une revaccination en août 1891, le malade a vu se former dans son aisselle gauche un abcès du volume d'un gros œuf, qualifié de strumeux par un médecin, qui s'est ouvert spontanément au bout de deux mois et demi pour donner issue à une grande quantité de pus épais, jaune sâle, et s'est cicatrisé en huit jours. En novembre 1891, du côté droit de l'abdomen, apparaît une douleur continuelle, spontanée et à la pression. Simultanément et du même côté, le ventre augmente de volume, devient dur et ballonné. Vomissements alimentaires, hémoptysies légères. Perte d'appétit. Amaigrissement de 11 kilogrammes en un mois. Selles normales.

Entré à l'Hôtel-Dieu le 25 janvier 1892 dans le service de M. Bondet, où on institue un traitement médical (pointes de feu, liq. de Fowler, huile de foie de morue, biphosphate de chaux). Le malade y reste six mois et demi et part avec de la constipation, mais sans aucune modification du côté de son abdomen, pour Longchêne où on lui fait continuer pendant deux mois le même traitement.

Il rentre à la salle Saint-Martin, le 29 août 1891, avec des douleurs abdominales plus violentes que jamais, spontanées, exagérées par la pression; surtout vives dans les flancs, non irradiées. L'abdomen est volumineux, on le sent, à la palpation, rénitent avec des indurations profondes. Matité en damier. Pas de sensation de flot. Ni diarrhée ni constipation. — Laryngite tuberculeuse et respiration soufflante avec craquements d'un des sommets.

6 septembre. — Sur les prières pressantes du malade, qui réclame avec énergie l'opération, M. Chandelux le laparotomise. Aussitôt le péritoine incisé, il constate une adhérence totale entre le feuillet pariétal, le grand épiploon et les anses intestinales, le tout formant une masse confuse. Avec deux doigts introduits dans la plaie et avec les plus grandes précautions, il décolle l'épiploon tout d'abord de la paroi, puis des anses intestinales; enfin il libère l'une après l'autre chacune de ces anses. Cette opération est conduite à bonne fin, sans aucune déchirure de l'intestin. On constate alors que les deux feuillets péritonéaux, surtout le viscéral, sont recouverts d'un semis de granulations gris jaunâtres, du volume d'une épingle à celui d'un petit pois. Sur le grand épiploon, quelques masses fibro-caséeuses, analogues à du

mastic, plus ou moins conglomérées. Pas de nettoyage de la cavité, pas de lavage; c'est à peine si l'on passe un tampon pour enlever le sang et les débris d'adhérences; il n'y avait, d'ailleurs, ni pus ni liquide. Suture à trois étages. Suites opératoires excellentes. Pas de fièvre, sommeil parfait. Dès le lendemain, disparition des douleurs, cessation des vomissements, retour de l'appétit. Au bout de vingt jours, réunion par première intention. Le malade part pour Longchêne, qu'il quitte au bout de soixante-cinq jours, parce qu'on veut lui mettre des pointes de feu.

Nous le revoyons le 16 décembre dernier. Il a encore la figure pâle, mais non amaigrie. Il prétend avoir très peu engraisé et n'être encore capable d'aucun travail. Néanmoins il se trouve extrêmement amélioré et se croit définitivement guéri. Il a bon appétit, des digestions normales : ni diarrhée, ni constipation. Les vomissements n'ont pas reparu. Sommeil parfait. L'abdomen a un volume normal; il est souple et non douloureux dans toute son étendue. La palpation et la percussion n'y décèlent ni induration ni liquide. La cicatrice présente, vers sa partie inférieure, une petite ulcération superficielle, qui doit être due, très probablement, à la présence d'un fil dans la plaie. La laryngite, dont le malade est atteint, est très améliorée, c'est à peine si on la remarque. Il est très difficile de retrouver la respiration soufflante d'autrefois. Les craquements ont disparu.

OBSERVATION XI (pers.) — R... (Joséphine), 16 ans, demeurant à Oslong, près Chalon-sur-Saône, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 4, le 5 décembre 1890, sortie le 15 février 1891.

Père et mère bien portants. 4 frères ou sœurs : l'un mort à 7 ans et demi d'affection inconnue; un autre à 16 ans d'une hémorrhagie par la bouche, qui a dû être une hémoptysie foudroyante; une sœur a succombé à 17 ans, à la suite d'une « mauvaise fièvre », au dire de la malade; son ventre aurait beaucoup gonflé pendant sa maladie. Il reste une sœur bien portante et mariée sans enfants.

La malade a toujours joui d'une bonne santé. Elle n'a eu qu'une rougeole en bas âge. La menstruation s'est établie à

15 ans et demi. Les règles ne se sont montrées que 2 fois ; la malade ne les a pas revues depuis le commencement de sa maladie actuelle. Celle-ci remonte au mois de mai dernier. Début insidieux par des malaises vagues : lassitude, inaptitude au travail. Dans les premiers jours de juin surviennent de la fièvre et de la toux. En même temps, sensation de pesanteur dans le ventre, qui augmente de volume et devient le siège de violentes coliques assez fréquentes. Deux fois grands vomissements. Depuis cette époque la maladie a marché lentement, mais progressivement. — Aujourd'hui, malade pâle, pas trop amaigrie cependant. Appétit à peu près nul, digestions lentes. Selles normales, il n'y a jamais eu ni diarrhée ni constipation. La malade dort très peu et son sommeil est sans cesse agité. Pas de fièvre, T., 37°4. Elle n'a pas toussé depuis juin. Jamais d'hémoptysie. Le ventre est augmenté de volume, plus ou moins gros suivant les jours, au dire de la malade ; toujours douloureux spontanément, il ne l'a jamais été à la pression. Paroi abdominale ballonnée, tendue. Matité en damier. De ci, de là, on sent des plaques dures, non fluctuantes. Pas de sensation de flot. Le toucher vaginal n'est pas pratiqué. Rien au cœur ni aux poumons.

Laparotomie le 8 décembre 1890. Incision ombilicale de 6 à 8 centimètres. Après avoir sectionné un péritoine pariétal très épaissi, M. Poncet tombe sur une couche grisâtre de fausses membranes, ressemblant à de larges taches de chandelle et tapissant toute la cavité. On n'aperçoit aucune anse intestinale. Ablation de larges plaques de fausses membranes. Dans le fond de la cavité abdominale, se voient des masses d'apparence caséuse. Issue d'un demi-verre de liquide séro-sanguinolent. On saupoudre le fond de l'excavation pelvienne avec 3 à 4 grammes d'iodoforme. Une longue et grosse mèche de gaze, sortant en haut par chacune des extrémités de la plaie, plonge dans le fond du bassin et assure le drainage.

Suites opératoires. — La malade a un peu de fièvre les trois ou quatre premiers jours après l'opération. Le 14 décembre, premier pansement, on enlève la mèche de gaze iodoformée ; elle n'est imprégnée que de sérosité dont il

s'écoule à sa suite une petite quantité. La plaie opératoire commence à bourgeonner. Les douleurs abdominales ont beaucoup diminué d'intensité. Un mois après l'opération, cicatrisation à peu près complète, sauf à la partie tout à fait inférieure de la plaie, par où sort un liquide franchement hématique. Quelques jours plus tard, on trouve dans le pansement des matières fécales. Il s'est constitué une fistule stercorale. Le ventre est toujours dur, ballonné. L'état général ne s'améliore pas ; l'appétit, qui semblait avoir augmenté dans les premiers jours après l'opération, est à peu près nul. La malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus. Sa famille l'emmène à la campagne, malgré l'opposition de M. Poncet, le 15 février.

M^{me} la baronne de Chabert (de Bey, près Chalon-sur-Saône), à laquelle nous adressons nos plus sincères remerciements pour l'empressement et l'amabilité qu'elle a mis à nous donner, à diverses reprises, les renseignements qui pouvaient nous être utiles, a bien voulu nous fournir la suite de l'observation. « Rentrée dans sa famille, nous dit-elle, Joséphine R... a continué à s'affaiblir. La plaie opératoire n'étant pas fermée, il en sortait du sang *continuellement* ; les déjections mêmes de la jeune malade passaient par là, lui occasionnant d'atroces souffrances. Elle finit par succomber le 1^{er} mars.

Sur la demande de M^{me} la baronne de Chabert, M. le Dr Trossat, de Chalon-sur-Saône, qui avait donné ses soins à la jeune Joséphine R..., a eu l'obligeance de nous écrire : « Rentrée dans sa famille le 15 février, la malade a succombé le 29 du même mois. J'ai été appelé pour la première fois le 28 février, c'est-à-dire quelques heures avant le décès. La malade était dans un état de maigreur extrême, avec une fièvre modérée : T. buccale 38°, pouls excessivement petit et rapide. Quelle ne fut pas ma surprise, en découvrant l'abdomen, de constater que la cicatrice abdominale avait complètement cédé à la partie inférieure sur une longueur de 5 centimètres environ (la plaie existait depuis 36 heures environ ; pas d'hémorrhagie, léger écoulement purulent à son niveau). Une anse intestinale excessivement hyperémiée et recouverte de tubercules miliaires nombreux sortait par l'orifice ; après l'avoir facile-

ment refoulée dans la cavité abdominale, je reconnus la vessie également tapissée de fausses membranes et de tubercules. La malade ne se plaignait que de faiblesse. L'état général était si mauvais, que je ne crus pas nécessaire de tenter la suture des parois abdominales. En effet, la malade succombait dans la nuit du 28 au 29, à 2 heures du matin.

« En résumé, la mort a été consécutive à la lésion primitive qui a continué son évolution, ainsi que je l'ai constaté sur le vivant, la malade s'étant auto-autopsiée, si je puis me servir de cette expression. »

OBSERVATION XII (due à l'obligeance de M. le professeur agrégé M. Pollosson). — C... (Ignace), 33 ans, comptable, demeurant à Lyon, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 24 septembre 1891, sorti le 25 octobre.

Pas d'antécédents héréditaires nets. Un frère cependant est mort jeune d'une affection pulmonaire indéterminée. Le malade semble avoir toujours possédé une bonne santé; il aurait toutefois été soigné, il y a huit mois, pour une pleurésie sèche du côté droit dont il s'est bien remis. Il est porteur depuis trois ans d'une hernie inguinale droite réductible, qu'il a toujours maintenue facilement à l'aide d'un bandage. Il y a deux mois, le port de celui-ci est devenu très douloureux. Bien que le malade ne se livre pas à des exercices violents, il réclame la cure radicale de sa hernie. La marche seule, en effet, suffit pour déterminer des douleurs vives avec irradiation en ceinture et jusque dans le testicule correspondant.

26 septembre. — Kélotomie. Après incision de la peau et du sac, on aperçoit, en explorant celui-ci au niveau de son collet, deux ou trois petits tubercules saillants de la grosseur d'un petit grain de mil, présentant l'aspect caractéristique des tubercules miliaires péritonéaux. L'intestin ne présente aucune trace de lésion, on le réduit dans la cavité abdominale. Le sac est disséqué, lié le plus haut possible et réséqué. Suture de la plaie.

Suites opératoires. Le soir de l'opération, le malade a une forte élévation de température (40° 3); la fièvre diminue le lendemain pour cesser complètement. A partir du quatrième

jour, la cicatrisation, qui semblait tout d'abord devoir bien se faire, est arrêtée dans sa marche par le développement de bourgeons fongueux au niveau de la plaie. A la suite de plusieurs cautérisations ignées, ces fongosités disparaissent.

25 octobre. — Le malade part pour Longchêne à peu près complètement cicatrisé.

Nous avons essayé de revoir ce malade, mais il a changé de domicile depuis le mois de mai. Malgré les recherches que la Sûreté, sur notre demande, a bien voulu faire, il nous a été impossible de retrouver ses traces. Nous ne pouvons donc donner de lui des nouvelles récentes; mais nous tenons de source certaine qu'il se portait très bien en mai dernier. La cicatrice était parfaite. La hernie ne s'était pas reproduite et le bandage, que le malade continuait à porter, n'occasionnait plus de douleurs, qui n'existaient pas davantage spontanément.

OBSERVATION XIII (pers.). — M... Jean, 69 ans, tisseur, demeurant à Lyon, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Marthe, le 21 avril 1891, sorti le 24 juin.

Père tué accidentellement. Mère morte phtisique. — Le malade n'accuse que des maladies vagues. A l'âge de 9 mois il avait eu, dit-il, une maladie de poitrine qui aurait duré trois mois. De même à l'âge de 22 ans, il aurait toussé pendant huit à dix mois. Mais depuis lors jusqu'à l'année dernière, sauf une grande prédisposition à s'enrhumer, il se serait toujours bien porté. Depuis un an, il a été obligé, par des revers de fortune, d'entrer dans une teinturerie où il travaille, les pieds constamment dans l'eau, dans un atelier assez petit, en compagnie de 150 autres ouvriers dont beaucoup sont des « tousseurs ». Ce serait depuis lors qu'il se sentirait malade. C'est un homme très maigre, au teint cachectique des tuberculeux. Il tousse et crache beaucoup; il aurait eu au début de ce « rhume » de légères hémoptysies. Depuis déjà longtemps l'appétit a disparu. Sueurs nocturnes. Amaigrissement et perte des forces considérables. Ni diarrhée ni constipation. Depuis trois mois son ventre a augmenté de volume et est devenu dur, tendu et douloureux spontanément et à une pression un peu forte. Il semble que l'on y sente de ci de là des

masses dures. Ce malade est également porteur de deux hernies inguinales. La première, qui ait apparue, siège à gauche. Elle date de cinq ans et elle a toujours augmenté depuis sa formation. Elle a actuellement un volume égal à celui du poing. Elle est irréductible, bosselée, mate et surtout douloureuse spontanément et à la pression. Le port du bandage est à peu près impossible. La hernie droite ne remonte qu'à deux mois ; elle est grosse comme une noix, réductible et non douloureuse.

Cœur normal. Poumons : signes de ramollissement assez étendu des deux côtés.

1^{er} mai 1891. — M. le Pr Poncet pratique la cure radicale de la hernie inguinale gauche. Après l'incision cutanée, il tombe sur un sac de 1 ou 2 millimètres d'épaisseur qu'il ouvre. L'intestin grêle est adhérent à toute l'étendue de la face interne de ce sac. On aperçoit des granulations tuberculeuses multiples soit sur l'intestin, soit sur la paroi interne du sac. Lorsqu'on essaye de décoller les adhérences qui relient le sac à l'intestin, il se produit une hémorrhagie en nappe assez abondante, qui s'arrête facilement du reste par une compression en surface. En certains points, on trouve, entre l'intestin et le sac, de petits kystes séreux. L'anse herniée est réduite dans la cavité abdominale après que l'on a enlevé avec un tampon antiseptique les débris d'adhérences. Le sac est disséqué le plus haut possible, lié, réséqué et son pédicule abandonné dans la cavité abdominale. Suture de la plaie cutanée. — Suites opératoires. Le malade a pendant plusieurs jours une température vespérale de 38 à 38° 5. La cicatrisation est lente et demande trois semaines. Pas de complications cependant. L'état général est toujours mauvais et force à garder le malade dans les salles plus qu'on ne voudrait. Il se déclare une diarrhée intense qui dure pendant un mois.

Les renseignements qui suivent nous ont été fournis par la veuve du malade. — Après un séjour d'un mois à l'asile de Longchêne, il rentra chez lui, toujours avec un mauvais état général, sans aucune amélioration apparente du côté de sa toux, ni du côté de son abdomen. Mais la hernie opérée ne se reproduisit pas, elle ne fit plus souffrir le malade et lui

permet le port d'un bandage. Enfin, vers la fin de décembre, cet homme fut pris d'une rétention d'urine pour laquelle il n'appela un médecin qu'au bout de six ou huit mois. On le transporta à l'Hôtel-Dieu, où en évacua aussitôt sa vessie. Mais il mourut le lendemain. Pas d'autopsie.

OBSERVATION XIV (pers.) — F... (Marie), 42 ans, demeurant à Saint-Victor-de-Morestel (Isère), entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, le 27 juillet 1891, sortie le 19 août.

Pas d'antécédents héréditaires. — Elle-même, à part la rougeole dans l'enfance et une certaine facilité à s'enrhumer, a toujours joui d'une bonne santé.

L'affection actuelle a débuté il y a dix jours. Brusquement la malade a été prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, avec vomissements. Bientôt le ventre a augmenté de volume du côté droit, et est devenu douloureux à la pression, en même temps que se montrait de la constipation. L'absorption de purgatifs, la diète lactée n'ayant produit aucun effet sur ces phénomènes, la malade vient réclamer une intervention. — Actuellement, c'est une femme pâle, au facies grippé. Elle accuse des douleurs extrêmement vives dans la fosse iliaque droite; elle se plaint également de vomir souvent et de ne pouvoir aller à la selle. La partie droite de la région sous-ombilicale est ballonnée, dure, tympanique, douloureuse à la palpation. A la pression faite avec beaucoup de ménagements, il semble que l'on sente, quoique très vaguement, une induration allongée au niveau du cæcum. Appétit nul, pouls rapide. T. 39°.

31 juillet. — Les phénomènes ne s'étant pas amendés sous l'influence du repos absolu et de la diète, M. le professeur Poncét ayant émis, mais avec réserves, le diagnostic d'appendicite, intervient. Après avoir incisé dans la fosse iliaque, comme dans les cas d'appendicite, il ouvre le péritoine d'où sort environ un quart de verre de liquide séreux citrin. Il aperçoit alors sur le feuillet pariétal trois ou quatre granulations tuberculeuses du volume d'une lentille; une ou deux granulations tuberculeuses dans le méso-cæcum. Rien du côté de l'appendice, qui est facilement amené au dehors, ni du côté du rectum qui est vide. Au niveau de cette portion

d'intestin, à la face antérieure duquel elle adhère plus ou moins, existe une plaque indurée tuberculeuse située sur le feuillet pariétal. 3 ou 4 grammes de poudre d'iodoforme sont introduits dans la cavité péritonéale. Fermeture de la plaie.

Suites opératoires. La fièvre tombe au bout de quatre ou cinq jours, les douleurs persistent, mais avec une intensité moindre. Les vomissements ont cessé, et le cours des matières s'est rétabli deux jours après l'opération. La cicatrisation marche rapidement, et est complète au bout de dix jours. La malade part pour chez elle le 19 août. L'appétit est un peu revenu, mais les douleurs persistent et le ventre est toujours dur au niveau de la fosse iliaque droite.

Des renseignements peu étendus que le maire de Saint-Victor-de-Morestel a eu l'obligeance de nous fournir, il ressort que la malade a continué à souffrir de plus en plus de son ventre, et que c'est aux progrès de son affection péritonéale qu'elle a succombé deux mois après son départ de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION XV. (Obs. LIII, *in th.* de Pic). — B... (Marie), tisseuse, demeurant à Saint-Laurent-d'Agnay, entrée le 18 mars 1890 dans le service de M. le Dr H. Mollière.

Père et mère vivants et bien portants, quatre sœurs en parfaite santé. Deux frères et une sœurs morts en bas âge d'affection indéterminée. — Bonne santé habituelle. Pas de scrofule dans l'enfance. Vers 10 ans, maladie fébrile indéterminée. Rougeole quelque temps après. Menstruation établie à l'âge de 15 ans; depuis environ deux mois, pertes à peu près continuelles, mais peu abondantes. Au mois de septembre 1888, apparition d'un point douloureux localisé à peu près exclusivement au flanc gauche. Depuis le mois d'août 1888, le ventre grossit, les douleurs augmentèrent. Pas de troubles digestifs, sauf une légère diminution de l'appétit; jamais de diarrhée ni de constipation.

A l'entrée, la malade se plaint de souffrir dans tout l'abdomen. État général satisfaisant; la malade a cependant un peu perdu ses forces. Abdomen tuméfié d'une manière uniforme. Omphalique saillant. Palpation douloureuse surtout

du côté gauche. A la percussion, zone de matité de la symphyse du pubis à deux travers de doigt environ au-dessous de l'ombilic. Dans les fosses iliaques, pas de matité bien nette, plutôt même de la sonorité, surtout à droite. Pas de sensation de flot.

Toucher vaginal : tumeur indépendante de l'utérus, molle, mais offrant certains points indurés, perçue dans le cul-de-sac latéral droit. Pas de modification du col. Rien au cœur, ni aux poumons. Urines : très léger disque d'albumine.

12 avril 1890. — Opération. On commence par faire une ponction avec l'aspirateur de Potain dans la masse dure sentie par le vagin. Il ne sort aucun liquide. A l'examen du col au spéculum, on constate sur les parties latérales de ce col deux petites ulcérations tuberculeuses. L'hystérométrie montre que la profondeur de la cavité utérine est de 5 centimètres. La palpation abdominale, la malade étant en résolution musculaire, ne permet pas de sentir une tumeur bien nette. On fait alors sur la ligne médiane une boutonnière de 3 à 4 centimètres, on tombe sur un péritoine épaissi, qui, incisé, laisse écouler environ 1 demi-litre d'un liquide ascitique très clair. L'incision est prolongée jusqu'à l'ombilic. On trouve une cavité bien limitée, ayant à peu près les dimensions d'une tête d'enfant, tapissée de fausses membranes, et laissant voir des anses intestinales complètement recouvertes. Pas de granulations. Les trompes sinueuses, farcies de tubercules, sont enlevées toutes deux, après ligature de leur pédicule. Pas d'hémorrhagie. On touche quelques fongosités ou thermo-cautère. La toilette péritonéale achevée, on referme l'abdomen par un double plan de sutures. Pansement antiseptique.

Dans les jours qui suivirent l'opération, la température oscilla entre 38°2 et 38°6, et au bout de huit jours dépassa chaque soir 39°. Bientôt, au niveau de l'angle inférieur de l'incision, les téguments devinrent rouges, tendus et douloureux à la pression. On fit sauter les trois points de suture inférieurs, et il s'écoula une grande quantité de liquide séropurulent. Un gros drain fut insinué dans cet orifice, et les pansements furent renouvelés tous les deux jours avec irrigations dans le drain. La température redevint normale

au commencement de juillet, époque à laquelle on put constater une diminution très grande de la cavité suppurante. La malade reprenait en même temps de l'appétit et des forces. Elle partit pour chez elle le 12 août, le drain enlevé, avec un traitement général (huile de foie de morue, vin phosphaté, sirop d'iodure de fer).

Le 23 novembre 1890, le Dr Pic constate : état général bon, teint frais, joues pleines, thorax cependant un peu amaigri, ainsi que les membres. Abdomen légèrement ballonné, très petite ouverture par laquelle suinte encore un peu de pus. Aucune douleur spontanée ni provoquée. Digestions bonnes, appétit normal. Sommeil parfait. Pas de fièvre. Mais les règles n'ont pas reparu. La malade dit ne pas tousser. Cependant on constate : en arrière, au sommet droit, submatité, expiration soufflante, légers frottements pleuraux, quelques petits craquements fins dans les grandes inspirations et les efforts de toux; en avant, à gauche, submatité, retentissement des bruits du cœur, pas de bruit anormal.

M. le Dr Monin, de Mornant, a l'obligeance de nous écrire à la date du 11 novembre 1892 : « J'ai vu ce matin M^{lle} Marie B... Son état général est extrêmement bon et s'est constamment amélioré depuis l'opération. Elle a beaucoup engraisé. Les membres et le thorax, qui étaient amaigris en novembre 1890, sont pleins et offrent une couche adipeuse sérieuse; les seins ont grossi. Elle pèse 57 kilogrammes et se trouve plus grasse que ses quatre sœurs, lesquelles n'ont jamais été malades. Elle fait plus d'un mètre de velours par jour. Depuis son opération, elle n'a eu que de très légers maux de gorge. Son abdomen a beaucoup diminué, ne présente rien d'anormal à la palpation et à la percussion, sauf la cicatrice adhérente, parfaitement close depuis plus d'un an. Les fonctions digestives se font très bien, elle mange beaucoup, dort très bien. Elle est réglée, depuis plus d'un an, tous les mois; les règles sont peu abondantes et ne durent qu'un jour. Aux poumons, état stationnaire: un peu de submatité et respiration légèrement soufflante sous la clavicule gauche; un peu de submatité et d'obscurité de la respiration des deux côtés en arrière. Malgré toute ma bonne

volonté, je n'ai point entendu les craquements fins signalés il y a deux ans par le D^r A. Pic. »

Enfants.

OBSERVATION 1 (recueillie dans le service de M. le prof. agr. Perret).— Joly (Claudia), 6 ans, entrée le 13 septembre 1892, salle Saint-Ferdinand, n° 11, sortie le 8 octobre 1892.

Pas d'antécédents héréditaires. Rougeole. Scarlatine en janvier dernier; depuis cette époque, elle a toujours été malade. Il y a deux mois que son ventre a augmenté de volume. Actuellement, ascite considérable. Circonférence de l'abdomen au niveau de l'ombilic : 80 centimètres. Matité absolue dans les régions ombilicales et hypogastriques et dans les flancs. Cette matité se déplace avec les changements de position de la malade. Sensation de flot très facile à obtenir et très nette. Peau de l'abdomen tendue et sillonnée de veines bleuâtres. Cette tension ne permet pas d'explorer les régions profondes pour savoir s'il n'y existe pas de masses indurées ou des ganglions mésentériques tuméfiés. Œdème de la paroi abdominale. Pas d'œdème des membres. Le foie déborde de quatre travers de doigt le bord inférieur des fausses côtes. Les poumons paraissent sains. Cœur : rien. Pas d'hypertrophie ganglionnaire.

Enfant pâle, très amaigrie, traits tirés. Aspect cachectique. Langue saburrale. Appétit faible. Pas de diarrhée. Température normale. Rien dans les urines.

20 septembre. — A la base du poumon droit, quelques frottements avec un peu d'obscurité de la respiration. Une ponction pratiquée au-dessous de la pointe donne issue à un liquide citrin.

23 septembre. — Laparotomie. Incision de 10 centimètres sur la ligne blanche. Ouverture de la cavité péritonéale. Issue de 5 litres environ d'un liquide citrin. L'intestin est

recouvert de granulations tuberculeuses d'un rouge congestionné. Le foie arrive jusqu'au niveau de l'ombilic.

29 septembre. — Premier pansement. La plaie va bien : on enlève les fils. Depuis l'opération, fièvre et dyspnée. Mêmes signes du côté des poumons.

6 octobre. — Le ventre a repris peu à peu le volume qu'il avait avant l'opération. On perçoit de nouveau une matité semi-lunaire jusqu'à 5 centimètres au-dessous de l'ombilic. Foie toujours volumineux. Poumons : à droite, matité remontant jusqu'à la moitié de l'omoplate ; souffle dans la fosse sous-épineuse ; à gauche, râles sous-crépitaux dans la moitié inférieure du poumon.

9 octobre. — Emmenée par ses parents.

Nous apprenons qu'elle a continué à maigrir, à s'affaiblir et à tousser. Elle est morte trois semaines après sa sortie de la Charité, sans modifications du côté de son ventre, autant et peut-être même plus du fait de sa pleurésie que de celui de sa péritonite.

OBSERVATION 2 (recueillie dans le service de M. Perret). — B... (Mélanie), 6 ans et demi, demeurant à Lyon, entrée le 28 novembre 1891, sortie le 21 avril 1892.

Père mort de tuberculose pulmonaire. Mère bien portante, frères bien portants. — Rougeole et scarlatine en bas âge. Actuellement, impétigo du cuir chevelu et de la face. Bonne santé habituelle jusqu'à il y a trois mois. Début lent de l'affection actuelle par amaigrissement, troubles digestifs, développement de l'abdomen, qui aurait été plus volumineux qu'il ne l'est aujourd'hui. Diarrhée presque constante (six selles environ par 24 heures) ; pas de lientérie, pas de sang dans les selles. Appétit très diminué ; l'enfant vomit quand on veut la forcer à manger. Alimentation défectueuse, surtout composée de légumes ; peu de viande et peu de vin.

A l'entrée : T. 37°4. Ventre volumineux, étalé latéralement dans le décubitus dorsal. Éventration de la ligne blanche, saillie de la cicatrice ombilicale, réseau veineux cutané développé. Le ventre est douloureux, surtout autour de l'ombilic, on ne sent pas, par la palpation, de plaques ni

de noyaux indurés. Matité à concavité supérieure, n'atteignant pas l'ombilic et remontant dans les deux fosses iliaques. Dans la station verticale, matité remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La matité varie par les modifications de latéralité dans le décubitus. Sensation de flot très nette. La rate ne semble pas hypertrophiée. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. Rien aux poumons. Pas d'épanchement pleurétique. Cœur normal.

12 janvier. — Le ventre a augmenté de volume. Il n'est pas douloureux; on constate d'une façon générale de la rénitence; par places cependant, surtout dans le flanc gauche, on a un certain degré de souplesse. La zone de matité à ligne supérieure concave en haut atteint l'ombilic. Dans la station verticale le ventre pointe en avant, la matité s'élève et dépasse l'ombilic de trois travers de doigt.

Poids, 20 kil. 50. Température, 38°. Pouls, 120.

16 janvier 1892. — Laparotomie par M. le professeur Fochier. Incision sous-ombilicale de 5 à 6 centimètres. On tombe sur quelque chose qui ressemble à une anse intestinale avec des adhérences; on détache ces adhérences sur une longueur de 15 centimètres environ; comme on a des doutes, une ponction, pratiquée dans cette sorte d'anse, montre que l'on a affaire simplement au péritoine. On incise celui-ci plus largement, et il s'écoule environ 1 litre et demi de liquide. On étanche celui qui reste dans la cavité abdominale à l'aide d'une éponge montée sur une longue pince, et que l'on exprime chaque fois de vingt à vingt-cinq reprises. Pas d'adhérences des anses intestinales à la paroi abdominale, mais seulement quelques brides qui relient les anses entre elles. En écartant les bords de la plaie, on voit un péritoine épaissi, villeux, rougeâtre, avec un semis de granulations tuberculeuses très nettes. Sur les parties de l'intestin que l'on peut découvrir, même aspect granuleux, et le doigt promené sur cet intestin a parfaitement la sensation de granulations. Excision d'une certaine portion de péritoine de chaque côté. On referme l'abdomen par un triple plan de sutures : séreuse, aponévrotique et cutanée.

29 janvier. — Suites opératoires très simples. La température ne s'élève à 39° que le soir de l'opération. Quelques

douleurs dans le ventre pas trop accentuées. Plus de diarrhée. Réunion par première intention. Poids, 17 kil. 150.

18 mars. — Au niveau de la cicatrice, on remarque une ulcération large comme une pièce de 2 fr. recouverte d'une croûte jaunâtre. Le ventre est encore volumineux, mais pas de signes d'ascite.

Nous revoyons l'enfant chez elle les premiers jours de décembre dernier. Le logement qu'elle habite manque à toutes les règles, même les plus élémentaires, de l'hygiène. La lumière y pénètre avec difficulté, il est impossible aux rayons du soleil d'y entrer. L'enfant couche dans la cuisine, c'est-à-dire la pièce où l'air est le plus vicié. La mère nous dit également que, malgré tous ses efforts, elle ne peut lui procurer qu'une nourriture très médiocre. La petite malade est pâle, maigre, elle n'a pas pris d'embonpoint d'une façon sensible, mais elle a grandi énormément, elle va à l'école. L'appétit est bon. Au mois de juillet dernier, elle a été prise d'une toux qui a duré environ trois mois, accompagnée d'expectoration, principalement abondante le matin, sans jamais, cependant, d'hémoptysies, et avec sueurs nocturnes continuelles. Elle a très fréquemment la diarrhée. Selles très liquides, claires, jamais sanguinolentes. Ventre peut-être légèrement augmenté de volume et un peu étalé dans le décubitus horizontal. La mère prétend qu'il a grossi depuis quelques jours; l'ombilic n'est pas saillant et il n'existe pas de circulation sous-cutanée. La cicatrice qui, au dire de la mère, a suppuré très longtemps, est déprimée et présente une coloration un peu foncée. Le ventre n'est pas douloureux à la pression. La malade se plaint de sentir quelquefois un point douloureux à gauche, principalement lors de grands mouvements et quand elle a la diarrhée. La percussion ne dénote rien d'anormal; peut-être, cependant, existe-t-il un peu de submatité dans le flanc gauche. Pas de sensation de flot. La palpation ne dénote pas la présence de masses dures ou fluctuantes. Aux poumons, la percussion est négative. Peut-être y a-t-il à l'auscultation une légère diminution de la respiration au sommet droit, c'est à peu près insignifiant.

OBSERVATION 3. — P... (Jean), 9 ans, né et demeurant à Champdor (Ain), entré le 18 juillet 1891, salle Saint-Philippe, lit n° 3. Père et mère bien portants. Un frère, âgé de 4 ans, en bonne santé. — Pas de scrofule dans l'enfance. Excellente santé habituelle jusqu'à cet hiver. A cette époque, l'enfant se serait plaint de points de côté, aurait toussé, perdu ses forces, maigri. Après 5 ou 6 mois de cet état, il se serait bien remis et depuis trois ou quatre mois se serait bien porté sans avoir cependant jamais repris sa gaieté et son entraînement d'auparavant. Il y a quinze jours, sans que sa mère se soit aperçu de changements dans sa manière d'être, sans qu'il ait eu ni diarrhée ni fièvre, sa mère s'aperçut qu'il avait le ventre volumineux. Depuis lors il a perdu l'appétit, maigri. Il n'a pas de diarrhée, ne tousse pas ; il a assez fréquemment, mais cela depuis longtemps déjà, des vomissements alimentaires. Actuellement, c'est un enfant extrêmement pâle, d'une maigreur presque squelettique, aux traits tirés, au nez effilé, respirant avec beaucoup de peine, ne pouvant se tenir sur ses jambes. et semblant près de succomber. Pas de fièvre. Abdomen volumineux, aux flancs élargis, mais non complètement étalés. La cicatrice ombilicale est un peu dépliée mais non exubérante. Dilatation des veines sous-cutanées. Sensation très nette de flot se déplaçant avec les mouvements. Pas de douleurs, ni spontanées, ni provoquées. Ectopie inguinale double, intermittente, qui n'existerait, au dire de la mère, que depuis quinze jours.

19 juillet. — Malgré l'état presque in extremis de l'enfant, M. le P^r Poncet, se décide à intervenir. Incision sous-ombilicale de 6 à 8 centimètres. Issue de trois quarts de litre environ de liquide séreux nettement ascitique, sans fausses membranes. Péritoine pariétal comme du velours ; granulations tuberculeuses disséminées dans toute la cavité abdominale. Anses intestinales d'une coloration blanc lavé, parsemées de-ci de-là de quelques granulations tuberculeuses plus abondantes sur le mésentère. M. Poncet se borne à introduire 2 ou 3 grammes d'iodoforme dans la cavité péritonéale et referme le ventre par une suture à trois étages. Le soir de l'opération, température, 38°, tombant le lendemain soir à 37°4. Six jours après, on change le pansement

et on envoie l'enfant à la campagne. Trois ou quatre semaines après son arrivée dans son pays, il pouvait déjà se lever.

20 déc. — Nous le faisons revenir; aucune des personnes présentes à l'opération ou qui l'avaient vu auparavant ne le reconnaît tant il respire la santé. Il a grandi et beaucoup engraisé, ses joues sont pleines et roses. Bon appétit, digestions normales, sommeil parfait, gaîté. Tout cet automne, il a gardé sans fatigue les bestiaux de son père, et il va maintenant à l'école; parfois, au dire de sa mère, son ventre est encore assez enflé, surtout le soir, mais cette enflure disparaît pendant la nuit; l'ombilic est aussi quelquefois très gros. A l'examen, abdomen un peu plus volumineux que normalement, ombilic déplié et un peu saillant. Cicatrice encore recouverte d'une croûte sèche; pas de douleur ni spontanée ni provoquée. A la percussion, pas la moindre zone de matité; paroi souple non tendue, nulle part de rénitence, sauf de chaque côté de l'ombilic, où il semble que les anses intestinales, soudées entre elles, aient perdu de leur souplesse, de leur élasticité. Pas de masses dures ou fluctuantes. Les deux testicules sont dans les bourses, l'enfant ne tousse pas. Rien à l'auscultation des poumons.

Examen bactériologique. — 19 juillet. M. le Dr Dor fait à un lapin atteint de fracture tibio-tarsienne, une injection intra-veineuse de 2 cent. cubes du liquide ascitique provenant du petit malade; ce lapin meurt le 28 novembre. A l'autopsie, on ne trouve pas de lésions viscérales; mais au niveau de la fracture, s'est développé un abcès avec membrane pyogène et pus contenant des bacilles tuberculeux. Le 27 juillet, avec le liquide ascitique mis à l'étuve le 19 juillet et sur lequel s'est développée une pellicule grisâtre, M. Dor inocule deux cobayes. L'un de ceux-ci meurt pendant une absence de M. Dor et n'est pas examiné; le deuxième succombe le 20 septembre 1892 avec des lésions manifestes de tuberculose, des adénites inguinales et rétro-péritonéales, et des granulations plus discrètes dans la rate et le foie.

OBSERVATION 4 (obs. XXXIX in th. Pic). — Julien-Alphonse G... 15 ans, fileur, demeurant à Tenay (Ain), en-

tré le 21 septembre 1889, salle Saint-Maurice, n° 34, dans le service de M. le Dr Vinay.

Père et mère bien portants. Une sœur morte de maladie inconnue, quatre frères et sœurs bien portants. — Rougeole dans l'enfance. En décembre 1888, scarlatine très probable mais non constatée par un médecin. En février 1889, son ventre a commencé à enfler ; jamais d'œdème des jambes ni de la face ; épanchement dans le péritoine diagnostiqué péritonite. L'enfant se plaignait seulement de points au niveau de l'épanchement, tantôt à droite, tantôt à gauche ; jamais de vomissements. Pas de toux, jamais d'hémoptysies. Application d'un large vésicatoire ; lait et diurétiques. L'épanchement disparaît en avril ; l'enfant reprend son travail et jouit d'une bonne santé jusqu'au mois d'août. A cette date, point de côté à droite, douleur dans le ventre à droite, surtout à la pression. Pas de diminution d'appétit ; pas de vomissements. Le malade rentre à l'hôpital le 21 septembre : ventre légèrement tendu et peu douloureux ; rénitence peu accusée. Pas d'amaigrissement sensible, digestions bonnes. Alternatives de diarrhée et de constipation. Pas de sueurs nocturnes. Rien aux poumons. Le malade sort le 6 octobre 1889 ; son ventre augmentant toujours, on lui fait (novembre 1889) une ponction qui donne issue à 2 litres de liquide sanguinolant (29 mars 1890). Le malade rentre. Ventre volumineux, proéminent ; rénitence marquée ; matité générale sauf dans les flancs, où il y a une légère sonorité. Pas de réseau veineux superficiel, un peu de constipation. Légère pleurésie de la base droite. Ne tousse pas. Rien aux poumons ni au cœur. Maigreur, pâleur des téguments. Dans les urines, disque assez épais d'albumine. T. R., 37°8.

1^{er} avril. — Laparotomie par M. Poncet. Incision sur la ligne blanche de 12 à 15 centimètres. Le péritoine, fortement épaissi, forme une lame solide de 1 centimètre d'épaisseur environ, qu'il faut inciser avec les ciseaux. Aussitôt s'échappe une sérosité purulente jaune verdâtre. Par la pression sur le ventre, issue de 10 à 12 litres avec quelques paquets de fausses membranes. On trouve alors une immense poche allant de la vessie au diaphragme et occupant toute la largeur de l'abdomen. Les parois, formées de toutes parts par

le péritoine épaissi et tapissé de fausses membranes, ne se rapprochent pas. L'intestin, rassemblé en un paquet aplati contre la colonne vertébrale, ne se dessine pas en raison de l'épaisseur de la paroi de la poche. Lavage avec eau bouillie et eau boriquée. Tamponnement, qui arrête rapidement une hémorrhagie du péritoine, d'ailleurs peu abondante. Deux plans de suture. Vaste pansement.

Suites opératoires.— Pendant les 3 premiers jours, quelques vomissements verdâtres; douleurs légères au niveau de la cicatrice, disque épais d'albumine dans les urines. Un peu de fièvre, T., 38°4 à 38°. Le 8 avril, la plaie est réunie par première intention. Autour et dans la moitié inférieure de la section, emphysème sous-cutané; les téguments ont leur couleur accoutumée. Ventre légèrement ballonné, mais nullement douloureux à la pression. Pas de liquide dans les parties déclives. Traces à peine appréciables d'albumine dans les urines. Le malade s'alimente; selles régulières et normales. Poids avec la chemise seulement, pansement enlevé, 41 kil. 700.

12 avril. — Un peu de suppuration superficielle de l'extrémité inférieure de la suture; on perçoit encore de la crépitation sous-cutanée à droite. État général excellent, température et pouls normaux, plus d'albumine dans les urines.

Le 15 avril, on enlève les points de suture, suppuration superficielle de l'incision. Disparition de la crépitation gazeuse.

Le 25 avril, on constate que la suppuration se fait par un petit pertuis situé au-dessus de l'ombilic et qui communique avec la cavité péritonéale, car en pressant sur les flancs on fait sourdre une grande quantité de pus. M. Poncet constate qu'à la suite d'un peu de suppuration développée autour d'un point de suture, il s'est formé une cavité purulente enkystée limitée par des adhérences qui empêchent la communication avec le reste de la cavité péritonéale. Incision, lavage et drainage de ce foyer. Le malade, amélioré rapidement, retourne à la campagne au mois de mai avec une petite fistule purulente.

Le 30 octobre 1890, le Dr Belous (de Tenay) écrit :

« 1° Depuis le mois d'août, il ne sort plus de pus de la fistule, et on peut la considérer comme guérie;

« 2° Ventre parfaitement souple et nullement douloureux ;

« 3° Rien aux poumons, je l'ai ausculté avec beaucoup de soin ;

« 4° État général excellent ; le malade a un appétit très au-dessus de la moyenne, il est vigoureux et se livre à des travaux assez pénibles sans en éprouver de fatigue ;

« 5° Il pèse actuellement 70 kilogrammes ;

« 6° Les fonctions digestives se font très bien. »

Le 2 décembre 1892, M. le professeur Poncet reçoit du Dr Françon (de Tenay) la lettre suivante :

« J'ai vu, il y a trois jours, votre opéré. Il m'a paru se porter très bien, et m'a déclaré qu'il en était ainsi depuis la fin de sa convalescence. Il n'a jamais rien ressenti, et fait un garçon assez vigoureux. »

OBSERVATION 5 (recueillie dans le service de M. Perret, professeur agrégé). — B... (Eugénie), 8 ans et demi, demeurant à Lyon, entrée à la Charité, salle Saint-Ferdinand, lit n° 2, le 4 avril 1891, sortie le 27 août 1891.

Antécédents héréditaires peu nets : le père serait atteint de péritonite. — Maladies antérieures : Coqueluche. Depuis trois ans environ, perte de l'appétit, diarrhée fréquente, parfois vomissements ; amaigrissement et depuis un temps indéterminé, surtout depuis un mois, augmentation du volume du ventre. Actuellement, état général assez mauvais, amaigrissement marqué, affaiblissement poussé assez loin. Pouls, 88. Respiration, 24. Température, 36°9.

Ventre volumineux, légèrement étalé dans le décubitus dorsal. A la palpation, pas de douleurs, pas de points indurés ni empâtés. Par moment, les anses intestinales, les côlons viennent faire saillie sous la paroi amincie et souple ; on entend alors des gargouillements nombreux et forts, perceptibles même à une certaine distance. On remarque également que les muscles droits de l'abdomen sont écartés et forment une véritable éventration, à travers laquelle, dans les efforts, viennent saillir légèrement les anses intestinales. La petite malade ne souffre qu'au moment où « son ventre gargouille ». Décubitus dorsal : à la percussion, dans les

deux flancs, matité nettement déplaçable; nulle part de matité en damier. Pas de sensation de flot. Station verticale : le ventre tombe; matité s'étendant du pubis à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Peau de l'abdomen parcourue de veinosités nombreuses. Matité hépatique réduite à une bande de deux travers de doigt n'atteignant pas le rebord des fausses côtes. L'estomac paraît très dilaté et présente du clapotement.

Poumons. En arrière, rien ni aux bases ni aux sommets. En avant, sous la clavicule gauche, tonalité légèrement plus élevée, respiration plus rude que de l'autre côté. Cœur, rien. Urines normales.

15 avril. — Depuis quatre ou cinq jours, douleurs abdominales très vives, à peine calmées par les cataplasmes et la morphine; la pression elle-même est douloureuse. On constate à nouveau la matité déplaçable sus-pubienne. Alternatives de diarrhée et de constipation.

28 avril. — Laparotomie par M. Levrat. Incision sous-ombilicale de 7 à 8 centimètres. Pas de liquide. Le péritoine ne présente ni granulations, ni dépoli, ni vascularisation anormale. Rien dans le petit bassin, ni du côté de l'intestin, ni du côté des organes génitaux; les ganglions du mésorectum sont cependant durs et volumineux. Adhérences entre les anses intestinales au niveau de l'épigastre seulement; on les rompt avec le doigt. Puis on ferme l'abdomen par un triple plan de sutures.

Suites opératoires très simples; la plaie se ferme avec formation cependant d'un petit abcès latéral sous-cutané. La température oscille entre 37°5 et 38°4. Il n'y a plus de constipation. L'appétit est bon. Le poids a certainement augmenté.

28 juillet. — La petite malade quitte la Charité. L'incision abdominale présente une cicatrice parfaite et étalée. Il existe une éventration de la ligne médiane remontant jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Depuis un mois, il semble y avoir du liquide dans le ventre: matité qui se déplace dans le flanc droit et au-dessus du pubis. Pas de diarrhée. Mêmes signes pulmonaires qu'à l'entrée.

20 novembre. — La malade rentre dans le service; elle

paraît amaigrie et ne pèse plus que 14 kilogrammes. D'après ses parents, elle se serait très améliorée depuis l'opération; il n'y aurait que quinze jours qu'elle maigrit ainsi. On lui prescrit de l'émulsion Scott et le 3 janvier 1892 son poids a augmenté de 850 grammes.

Le 24 janvier 1892, on constate une certaine quantité de pus dans une évacuation alvine. L'enfant passe en chirurgie, où on ne lui trouve rien.

Elle y revient le 3 mai 1892, se plaignant de douleurs dans le ventre et de pertes d'appétit. Elle ne peut plus, dit-elle, s'appuyer sur sa jambe droite. Elle maigrit de plus en plus, puis est prise de fièvre hectique et finit par succomber le 24 septembre 1892. A l'autopsie, M. Levrat découvre que tous les ganglions mésentériques sont devenus caséeux. La plupart de ceux du mésorectum sont suppurés et ont donné lieu à un abcès de la fosse iliaque droite, dont l'origine ganglionnaire est très manifeste. Le péritoine pariétal est très épaissi et présente de ci de là des granulations tuberculeuses. L'épiploon forme un véritable gâteau collé aux anses intestinales, qui sont agglutinées entre elles. Le sommet pulmonaire gauche est induré, et l'on trouve à la coupe quelques tubercules.

OBSERVATION 6 (due à M. le professeur agrégé Perret). — P... (Anna), 8 ans et demi, demeurant à Lyon, entre le 4 mai 1891, salle Saint-Ferdinand.

Pas d'antécédents héréditaires. Coqueluche à l'âge de 7 ans, rougeole il y a six mois. Le père dit que l'enfant a maigri depuis cinq six mois, qu'elle tousse et a perdu l'appétit. Thorax amaigri, un peu rétracté du côté droit. En arrière, un peu de submatité dans la fosse sus-épineuse gauche; expiration soufflante du même côté. Quelques gros râles plus nombreux à mesure qu'on se rapproche de la base. En avant, dans le creux sous-claviculaire gauche, assez nombreux râles sous-crépitaux. Rien à droite. Cœur : pas de bruits anormaux. Pouls, 124. Après chaque repas, douleurs dans le ventre tout autour de l'ombilic. Abdomen plus volumineux que normalement, induré, mais non douloureux à la pression. Pas d'ascite. Un peu

d'engorgement des ganglions axillaires et inguinaux. — Urines: rien.

11 mai. — En avant, respiration saccadée des deux côtés, plus rude à gauche. Plus de râles dans le reste des poumons. La percussion de l'abdomen donne une matité à concavité supérieure, ne se déplaçant pas avec les diverses positions de la malade. Pas de diarrhée.

20 juin. — L'abdomen n'est toujours pas douloureux et manque de souplesse. Matité à peu près généralisée, sauf au creux épigastrique. Noyaux indurés disséminés, surtout dans le flanc gauche.

7 juillet. — Le ventre semble avoir augmenté de volume.

31 juillet — Laparotomie par M. A. Pollosson. Incision sous-ombilicale de 12 centimètres. On tombe sur le péritoine pariétal, présentant une coque de près de 1 centimètre d'épaisseur. C'est une plaque granuleuse, dure au bistouri et s'étendant latéralement sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Après sa section, il s'écoule une petite quantité de liquide citrin. Les anses intestinales apparaissent un peu rouges, semées de granulations miliaires. Le doigt, promené latéralement dans les cavités abdominale et pelvienne rencontre des adhérences des anses intestinales avec la paroi abdominale, qui se laissent assez facilement déchirer. Grosse plaque indurée à gauche, et assez analogue à celle que l'on a dû traverser sur la ligne médiane. Péritoine pariétal semé de granulations très nombreuses et très sensibles au doigt, variant de la grosseur d'un grain de millet à celui d'un haricot. Nouvelle issue de liquide citrin (environ 150 grammes de liquide en tout). Cette ascite semblait enkystée, tout au moins était cloisonnée. Lavage succinct à l'eau bouillie. Mèche de gaze stérilisée dans l'angle inférieur de la plaie. Sutures et pansement. Le soir, quelques vomissements; légères douleurs abdominales. Le pouls est bon.

3 août. — Les vomissements ont continué jusqu'à hier. Premier pansement. On enlève quelques mèches de gaze; il s'écoule un peu de pus séreux. On fait sauter quelques points de suture. Plaie non réunie. Collection purulente entre le péritoine et la paroi abdominale.

6 août. — Deuxième pansement. On fait sauter le reste

des points de suture, sauf les sutures profondes. On laisse une mèche de gaze. Écoulement assez abondant d'un liquide louche, contenant des grumeaux caséeux.

Néanmoins, plus de vomissements, bon état général. Depuis le deuxième jour après l'opération, l'enfant à faim, elle est gaie.

8 août. — Troisième pansement. On remplace la mèche de gaze par un drain, qui tombe spontanément le 1^{er} septembre. Plaie granuleuse; pas d'issue de liquide.

1^{er} octobre. — On constate que l'enfant est porteur d'ostéites multiples des bras et des jambes. On la fait passer en chirurgie, où M. Levrat pratique un grattage de la face interne du tibia gauche au niveau du tiers supérieur.

Sortie le 17 avril 1892.

29 juin. — La malade rentre à l'hôpital pour une arthrite purulente du genou droit, qui est rouge, volumineux, fluctuant. M. Albertin lui pratique la synovectomie, et après guérison de la plaie, la renvoie avec un appareil silicaté.

Nous la revoyons chez elle le 18 décembre dernier. Enfant assez grande, à joues pâles quoique assez pleines. Elle est gaie, se trouve bien et n'a plus, sauf parfois quelques coliques, de douleurs abdominales. Pas de vomissements; jamais de diarrhée ni de constipation. Mais elle se plaint de manger très peu et de ce que l'appétit n'est jamais revenu. Elle a d'ailleurs très peu ou pas engraisé; mais elle a beaucoup grandi. Elle ne tousse pas, ne crache pas. Point de sueurs nocturnes. Rien à l'auscultation des poumons. L'abdomen n'est pas volumineux; il est souple et non douloureux à la pression sur toute son étendue. A la palpation, on peut sentir partout des masses profondes, plus ou moins volumineuses. Mais nulle part la percussion ne dénote la présence d'une tumeur ou de liquide. Le genou est enfermé dans un silicate; nous ne pouvons pas le voir. La malade nous dit qu'elle ne souffre pas, sauf quand elle a beaucoup marché. La jambe est très légèrement fléchie sur la cuisse.

OBSERVATION 7 (recueillie dans le service de M. le professeur agrégé Perret). — L... (Jeanne), 13 ans et demi, demeurant à Lyon, entrée, salle Saint-Ferdinand, n° 11, le 27 septembre 1891.

Père alcoolique, mort de ramollissement cérébral. Mère bien portante. Rougeole à 6 ans et demi. Bonne santé habituelle. Non réglée. Il y a trois mois, début brusque par des douleurs abdominales vives dans la fosse iliaque droite; vomissements, constipation. On pensa à une typhlite, mais on ne trouvait pas de tumeur nette; huit jours plus tard, on soupçonna une dothiéntérie, bien que la malade n'ait présenté ni céphalalgie ni diarrhée; elle n'aurait pas eu de fièvre. Les douleurs abdominales ont persisté, mais depuis un mois, elles siègent à la région ombilicale.

État actuel : malade pâle, amaigrie, apyrétique. T., 37°8. Le ventre n'est pas ballonné. A la percussion et à la palpation, on constate une tuméfaction dure, très douloureuse, s'étendant exactement, dans le sens vertical, du pubis à l'ombilic et n'atteignant pas, dans le sens transversal, les fosses iliaques dans lesquelles les doigts pénètrent en déprimant la paroi. La matité ne varie pas avec les changements de position.

Rien aux poumons : l'enfant ne tousse pas; jamais d'hémoptysies. Au cœur, rien. Pas d'hypertrophie du foie; pas d'engorgements ganglionnaires; appétit variable, parfois très grand. Ni diarrhée ni constipation. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre et de cuisson pendant les mictions qui seraient plus fréquentes qu'autrefois. Pas d'albumine dans les urines.

1^{er} octobre. — La malade souffre toujours. La tuméfaction tend à pointer vers l'extérieur au-dessous de l'ombilic. T., 38°5.

5 octobre. — Laparotomie. M. Levrat pratique à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic une incision longue de 4 centimètres environ. Il tombe dans une sorte de cheminée profonde d'à peu près 3 centimètres, dans laquelle pénètre le petit doigt. Il en sort à peine deux ou trois grumeaux purulents. M. Levrat ne pousse pas plus loin l'intervention pour ne pas risquer de rompre peut être quelque adhérence ou bride péritonéale. Drain, pansement antiseptique. T. V., 38°5.

24 octobre. — La malade a été soulagée par l'opération. La T. est progressivement descendue au-dessous de 38°.

État général meilleur; l'enfant paraît avoir pris de l'embonpoint.

25 novembre.— Au niveau du flanc droit, on constate une tuméfaction rouge, douloureuse, avec empâtement très prononcé et fluctuation. L'enfant passe en chirurgie.

1^{er} décembre. — On lui pratique, à 4 centimètres au-dessus de l'arcade crurale, une incision parallèle à cette arcade. Il sort une certaine quantité de pus jaune verdâtre d'odeur fétide. Un mois plus tard, la collection purulente s'est reformée, et M. Levrat pratique une nouvelle incision parallèle à la première, mais très près du ligament de Fallope. En introduisant les doigts dans cette plaie, on tombe dans une cavité qui s'enfonce profondément dans l'abdomen. Drainage. Lavages et pansements antiseptiques fréquents. La malade sort au commencement d'avril. Par la dernière des incisions pratiquées, il est sorti du pus en assez grande abondance jusqu'en juin dernier. Depuis cette époque, la cicatrisation est complète.

Nous avons revu l'enfant le 25 décembre dernier. C'est une grande fille, pâle, à l'aspect anémié, mais non tuberculeux. Elle n'a pas beaucoup engraisé, mais cela s'explique facilement, tant elle a grandi en si peu de temps. Elle a très bon appétit et dévore littéralement. La mère lui donne une nourriture aussi bonne que le lui permet sa modeste profession de marchande de journaux en magasin. Elle ne tousse ni ne crache et elle n'a jamais eu d'hémoptysies. Au point de vue local, le ventre est maigre, plutôt diminué de volume qu'augmenté. Il présente trois cicatrices, deux parfaites dans la fosse iliaque droite, une qui présente encore une surface un peu fongueuse, recouverte d'une croûte sèche, en forme d'orifice fistuleux qui, au dire de la mère, se rouvrirait tous les soirs pour donner issue à 5 ou 6 gouttes de sang.

La percussion ne dénote aucune zone de matité. A la palpation qui n'est pas douloureuse, on sent un peu d'empâtement au-dessous de l'ombilic, à droite de la ligne médiane; dans la fosse iliaque droite, on perçoit, nettement appliqué contre l'os iliaque, une tumeur allongée en forme de boudin, d'une dizaine de centimètres de longueur sur 6 à 7 de largeur. Rien aux poumons.

La malade, en somme, se trouve très bien ; elle ne se plaint que de douleurs très violentes, simulant des crises gastralgiques, accompagnées de fièvre, survenant tous les mois à peu près à la même époque pour durer deux jours, et qui pourraient bien être dues à l'établissement de la menstruation qui n'existe pas encore.

CONCLUSIONS

I. Les résultats éloignés de la laparotomie dans la péritonite tuberculeuse lui sont en général très favorables. En principe, ils sont meilleurs chez l'enfant que chez l'adulte.

II. Ils varient avec les diverses formes de péritonites tuberculeuses.

Très bons dans les formes fibreuses ascitiques généralisées ou enkystées.

A peu près excellents dans la forme fibreuse sèche proprement dite ; bons dans la forme sèche fibro-adhésive.

Mauvais dans la forme ulcéreuse sèche, un peu meilleur dans les formes ulcéreuses suppurées, surtout enkystées monoloculaires.

Peu encourageants dans l'occlusion intestinale survenant au cours de la péritonite tuberculeuse.

III. Les indications opératoires sont soit absolues, soit relatives. Trois grandes contre-indications générales : fièvre très forte ; tuberculose pleurale ou pulmonaire étendue ou à marche rapide ; entérite bacillaire. Dans ces trois cas, le chirurgien devra agir suivant les circonstances.

IV. L'incision abdominale est l'élément essentiel de la thérapeutique ; les manœuvres, dont on la fait suivre souvent, ne semblent pas avoir d'importance.

Sauf indications nettes, le drainage devra être rejeté.
La suture sera toujours à trois étages.

V. Dans les formes localisées ou à point de départ limité, l'intervention donne d'assez bons résultats éloignés, mais à condition que l'on enlève le foyer principal de tuberculose.

VI. Toute péritonite tuberculeuse même au début, quelle qu'en soit la variété, c'est l'opinion de M. le professeur Poncet, n'est justiciable que d'un seul traitement : la laparotomie.

VII. Les excellents résultats obtenus par cette opération nous font rejeter la ponction et le traitement médical, qui ne doit être que le complément de l'intervention chirurgicale.

Vu, bon à imprimer.

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR,
E. CHARLES.

Vu, bon à imprimer :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PONCET.

